

BL_GERICHTE 720 19 283 / 70 vom 24. Oktober 2006

BL Gerichte, 2006-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_19_283___70

FR: BL_GERICHTE 720 19 283 / 70 du 24 octobre 2006

IT: BL_GERICHTE 720 19 283 / 70 del 24 ottobre 2006

Regeste

IV-Rente

Volltext

Basel-Land Kantonsgericht Abteilung Sozialversicherungsrecht 16.04.2020 720 19 283 / 70

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 16. April 2020 (720 19 283/70) Invalidenversicherung Voller Beweiswert eines polydisziplinären externen Verwaltungsgutachtens. Die Anspruchsvoraussetzungen zum Bezug einer Invalidenrente sind nicht gegeben. Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Daniela Buser Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Yves Waldmann, Advokat, St. Johannis-Vorstadt 23, Postfach 1328, 4001 Basel gegen IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin Betreff IV-Rente A.a. Der 1967 geborene A.____ meldete sich erstmals im August 2003 unter Hinweis auf Rücken-, Bein-, Nacken- und Schulterschmerzen sowie eine Depression zum Leistungsbezug bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Nach Vornahme der medizinischen Abklärungen lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) einen Rentenanspruch mit Vorbescheid vom 20. Dezember 2004 ab. Hiergegen erhob A.____ unter Geltendmachung einer Verschlechterung des psychischen Zustands Einsprache. Die IV-Stelle führte daraufhin entsprechende Abklärungen durch und sprach dem Versicherten nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 24. Oktober 2006 eine Viertelsrente gestützt auf einen IV-Grad von 47% zu. A.b. Im April 2007 leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein. Dabei ergab sich, dass A.____ aufgrund einer Verbesserung seines Gesundheitszustandes eine Arbeitstätigkeit als Chauffeur in einem 100% Pensum aufnehmen konnte. Mit Verfügung vom 26. September 2007 hob die IV-Stelle die Invalidenrente des Versicherten gestützt auf einen IV-Grad von 24% revisionsweise auf. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. A.c. Im März 2016 erfolgte schliesslich mit Hinweis auf ein Trauma der Halswirbelsäule (HWS) und ein Zervikalsyndrom infolge eines Sturzes am Arbeitsplatz vom 27. Januar 2015 eine weitere Neuanmeldung zum Leistungsbezug. Im Rahmen der medizinischen Abklärungen wurde durch die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten bei der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) Bern eingeholt. Interdisziplinär konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeigten sich hingegen ein lumbospondylogenes sowie ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen, ein Status nach einer medialen Menispektomie links, ein Spannungskopfschmerz, ein Status nach diversen Thrombosen, eine Gastritis, eine Persönlichkeitsakzentuierung sowie Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Es wurde eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer dem

orthopädischen Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Verweistätigkeit festgestellt. Dr. med. B.____, FMH Physikalische und Rehabilitative Medizin, Regionaler ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), beurteilte das Gutachten als beweistauglich. Gestützt auf diese Abklärungen wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 1. Juli 2019 ab. Begründet wurde die Ablehnung des Rentenanspruchs mit dem Nichterreichen der gesetzlichen Wartezeit von einem Jahr, während dem die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit mindestens 40% hätte betragen müssen. B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Dr. Yves Waldmann, am 2. September 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 15. Juli 2015 (recte: 1. Juli 2019) sei ihm eine mindestens halbe Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung führte er im Wesentlichen an, dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS Bern komme kein Beweiswert zu. Damit erweise sich der medizinische Sachverhalt als nicht rechtsgenügend abgeklärt. C. Mit prozessleitender Verfügung vom 4. Oktober 2019 erging die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Verbeiständung mit Advokat Dr. Yves Waldmann. D. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 18. November 2019 auf Abweisung der Beschwerde. Sie begründete ihren Antrag im Wesentlichen damit, dass sich das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern als beweiskräftig erweise und ein Rentenanspruch demzufolge zu Recht abgelehnt worden sei. E. Mit Eingabe vom 23. Dezember 2019 reichte der Beschwerdeführer den Austrittsbericht der Schmerzlinik X.____ vom 17. Dezember 2019 ein, wo sich der Versicherte für eine stationäre Therapie aufgehalten hatte. F. In der Stellungnahme vom 6. Januar 2020 äusserte sich die Beschwerdegegnerin dahingehend, dass sich der am 23. Dezember 2019 eingereichte Bericht für das vorliegende Verfahren als unerheblich erweise, zumal dieser nach Verfügungserlass erstellt worden sei. Das Kantonsgericht zieht in Erwägung: 1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde des Versicherten vom 2. September 2019 ist demnach einzutreten. 2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Die Rente wird gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG nach dem Grad der Invalidität abgestuft. 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 Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.2 Als

Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

2.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b). Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und sind die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen.

2.5 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die

durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). 3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarer-weise noch verrichtet werden können (Ulrich Meyer-Blaser , Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser / Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen). 3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). 3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). 3.4 Nach ständiger Rechtsprechung hat das Sozialversicherungsgericht die Gesetz-mässigkeit angefochtener Verfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt zu beurteilen, wie er im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vorgelegen hat (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit

Hinweisen). Daraus folgt, dass für die Beurteilung der strittigen Angelegenheit grundsätzlich jener medizinische Sachverhalt massgebend ist, wie er im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung der IV-Stelle vom 1. Juli 2019 vorgelegen hat. 4.1 Im Zentrum der medizinischen Aktenlage steht das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern vom 15. Oktober 2018 (act. 166) mit allgemeininternistischer, neurologischer, orthopädischer und psychiatrischer Beteiligung. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit konnten keine Befunde erhoben werden. An Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeigten sich ein lumbospondylognes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen aufgrund von degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit rezessaler Einengung der Wurzel L4 links, jedoch ohne klinisch neurologisches Korrelat, sowie ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen bei einem Status nach einem Unfallereignis vom 27. Januar 2015 mit Fraktur der Wirbelbogenbasis am Brustwirbelkörper (BWK) 1 links mit Infraktur/Bone Bruise des Processus spinosus am Halswirbelkörper (HWK) 6 und Zerrung des angrenzenden interspinalen Ligamentes der HWK 6 und 7, wobei die Unfallfolgen vollständig abgeheilt seien. Weiter konnten ein unauffälliger Status nach einer medialen Menisektomie am Knie links vom 24. August 2011, ein Spannungskopfschmerz, ein Status nach einer abgeheilten Sinusvenenthrombose im Jahr 2016 sowie diversen weiteren Thrombosen bei unklarer Genese, eine Gastritis, eine Persönlichkeitsakzentuierung und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung diagnostiziert werden. Während der Begutachtung habe der Versicherte über Ruhe- und Belastungsschmerzen im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in den Hinterkopf, die Schulter und die Arme geklagt. Der Schmerz sei linksseitig deutlich stärker, wobei auch Kribbelparästhesien in den Dig. III und IV links bestünden. Die Beweglichkeit der HWS sei eingeschränkt. Weiter leide er unter Schulterschmerzen sowie Ruhe- und Belastungsschmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung über das linke Bein bis in die Füsse bzw. Zehen hinab. Auch hier bestünden Kribbelparästhesien und eine verminderte Sensibilität. Die Ausstrahlung des Schmerzes in das rechte Bein sei deutlich geringer. Aufgrund der Schmerzen seien häufige Positionswechsel nötig. Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung durch Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hätten sich bildgebend degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit rezessaler Einengung der Wurzel L4 sowie altersentsprechende degenerative Veränderungen im Bereich der HWS gezeigt, wobei die in der Magnetresonanztomographie (MRT) vom 13. Januar 2017 erhobene Wurzeltaschencyste C7/Th1 nicht mehr ersichtlich sei. Die Fraktur aus dem Jahr 2015 sei entsprechend der kreisärztlichen Beurteilung der Suva vom 28. Juni 2016 ohne Residuen abgeheilt. Für die ausgedehnten Schmerzen des Versicherten hätte sich somit kein radiologisches Korrelat finden lassen können. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit, wobei zu Beginn vermehrt Pausen im Umfang von 20% notwendig sein könnten. Gemäss den Ausführungen von Dr. med. D.____, FMH Neurologie, seien aus neurologischer Sicht mit Ausnahme der schmerzbedingten Einschränkungen keine motorischen Defizite vorhanden. Der Versicherte leide ausserdem an einem Dauerkopfschmerz und episodisch würden auch Schwindelgefühle auftreten, überwiegend jedoch bei Belastung. An der linken Hand seien entsprechend dem distalen C7-Dermatom eine leichte Hypästhesie und Hypalgesie im Bereich des Mittel- und Ringfingers sowie an Handfläche und Handrücken erhoben worden. Eine Beeinträchtigung der Handfunktion liege indessen nicht vor. Der Sensibilitätsstatus sei ansonsten unauffällig. Die Beweglichkeit der HWS habe bei unbemerkter Beobachtung ohne Einschränkung imponiert. Während der gezielten

Untersuchung sei eine deutliche Selbstlimitierung erkennbar gewesen. Neuropsychologische Defizite seien nicht auszumachen. Auch seien keine vegetativen oder affektiven Schmerzkorrelate erkennbar gewesen. Akute pathologische Spontanaktivitäten hätten in keinem der untersuchten Muskeln festgestellt werden können. Hinweise für eine relevante frische oder ältere axonale Schädigung in den Myomen C5, C6 und C7 sowie S1 bestünden nicht. Auch seien weder im Bereich der unteren noch der oberen Extremitäten neurogene Paresen feststellbar. Die Muskelatrophik bzw. der Muskeltonus seien symmetrisch vorhanden. Die persistierende Beschwerdesymptomatik im Bereich der HWS und LWS sei aus neurologischer Sicht nicht mit objektiven organischen Befunden erklärbar, weshalb von einer nicht somatischen Überlagerung auszugehen sei. Ausserdem hätten Inkonsistenzen und eine Symptomausweitung in Form eines selektiv präsentiert erscheinenden Krankenrollenverhaltens festgestellt werden können. Psychische Beschwerden würden seit dem Unfall im Januar 2015 bestehen. Während der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe der Versicherte über Schlafstörungen und Lustlosigkeit geklagt. Zurzeit befinde er sich einmal im Monat in psychiatrischer Behandlung, wobei keine psychopharmakologische Behandlung bestehe. Angesichts der starken Schwindelgefühle bleibe er Aktivitäten weitgehend fern. Spaziergänge unternehme er nicht mehr alleine. Er müsse sich jedoch immer wieder bewegen. Verharre er in einer Position, würden die Schmerzen bis zur Unerträglichkeit zunehmen. Während der Untersuchung habe der Versicherte spontan berichtet, teilweise habe er jedoch keine Rücksicht auf die jeweilige Fragestellung genommen. Zuweilen habe ein ausweichendes Antwortverhalten festgestellt werden können. Die Konzentration sei nicht eingeschränkt gewesen, insbesondere habe gegen Ende der Untersuchung keine Müdigkeit festgestellt werden können. Trotz offensichtlichen Deutschkenntnissen habe er während der Untersuchung nur türkisch gesprochen, weshalb eine Dolmetscherin anwesend gewesen sei. Der Explorand habe einen jovialen und gut gelaunten Eindruck gemacht. Eine Gereiztheit habe vor allem dann imponiert, wenn er bei seinen Monologen unterbrochen worden sei. Es seien deutliche narzisstische Züge erkennbar. Die Psychomotorik sei aufgrund des häufigen Aufstehens, Stöhnens, Stehenbleibens und dem provozierenden Gebaren auffallend. Nur selten sei es dabei zu Entlastungsbewegungen gekommen. Dr. E.____ sah diesbezüglich Hinweise für eine zumindest teilweise aggravatorische Absicht. In seiner Freizeit gehe der Versicherte etwa spazieren oder treffe sich mit Freunden. Zum Mittagessen gehe er meist nach Deutschland. Er wohne mit einer Untermieterin zusammen, welche koche und den Haushalt erledige. Eine Motivation zur beruflichen Eingliederung bestehe nicht. Die vorgängig zur Begutachtung diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung wie auch die rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger bis schwerer Episode und die posttraumatische Belastungsstörung hätten nachträglich nicht nachvollzogen werden können. Die Selbstlimitierung wie auch die Symptomausweitung hätten auch aus psychiatrischer Sicht bestätigt werden können. Bis auf die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeit bestünden aus psychiatrischer Sicht aber keine anderweitigen eigenständigen und relevanten Beeinträchtigungen. Interdisziplinär konnte die vollständige knöcherne Konsolidierung der Unfallfolgen vom 27. Januar 2015 - entsprechend den Ausführungen von Dr. med. F.____, FMH Chirurgie, Kreisarzt der Suva, vom 28. September 2016 - bestätigt werden. Spätestens am 26. Januar 2016 seien die Verletzungen folgenlos abgeheilt. Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien keine erhoben worden. Der Versicherte sei in seiner angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. Aus

orthopädischer Sicht bestehe jedoch ein Zumutbarkeitsprofil, wonach das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als zehn Kilogramm, Überkopfarbeiten, das Hantieren mit schlagenden und vibrierenden Maschinen sowie Arbeiten in Zwangspositionen des Rumpfes und des Kopfes nicht mehr zumutbar seien. Im Gegensatz zur hiervor erwähnten Einschätzung der Suva sei die angestammte Tätigkeit des Versicherten in der Stanzerei jedoch als leichte Arbeit zu qualifizieren und könne dem Versicherten demzufolge ganztags zugemutet werden. Diese Einschätzung stützten die Gutachter auf die Aussage des Versicherten, wonach die angestammte Arbeit in der Stanzerei eine leichte Arbeit sei. Er habe die Position selbst bestimmen und sowohl stehend als auch sitzend arbeiten können. An Gewicht habe er bis zu einem Kilogramm heben müssen.

4.2 Der strittigen Angelegenheit liegen sodann diverse weitere ärztlichen Unterlagen zu Grunde. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als relevant erweisen.

4.2.1 Nach den Ausführungen von Dr. med. G.____, FMH Radiologie, im Bericht vom 9. Februar 2015 (act. 70.59) habe das MRT eine Fraktur an der Basis des Wirbelbogens Th1 links mit endostalem Ödem, eine Infraktur/Bone Bruise des Processus spinosus C6 sowie eine Zerrung des angrenzenden interspinalen Ligamentes C6/C7 gezeigt. Eine Diskushernie oder anderweitige Neurokompressionen bestünden nicht. Läsionen des cervicalen Myelons sowie Hämatome in den Halsweichteilen hätten nicht festgestellt werden können.

4.2.2 Im Bericht vom 17. März 2015 (act. 70.65) erhob Dr. med. H.____, FMH Neurologie, kleinere Frakturen der Halswirbelsäule nach einem Sturz. Der Patient leide weiterhin an einem linksbetonten Zervikalsyndrom mit Ausstrahlung in den linken Arm. Hinweise für eine radikuläre Ursache der Beschwerden würden sich klinisch jedoch nicht finden lassen.

4.2.3 Dr. G.____ erhob in seinem Bericht vom 30. März 2015 (act. 70.58) gestützt auf das durchgeführte MRT der HWS die Diagnose eines Restödems des Processus spinosus am C6 bei einem Status nach einer Infraktur. Lokal habe sich ein kleines Hämatom über der Spitze des Processus spinosus Th1 gezeigt. Weiter diagnostizierte er eine kleine recessale Diskushernie im Bereich C5/C6 links mit fraglicher Neuroirritation der Nervenwurzel C6 links. Eine cervicale Myelopathie bestehe nicht.

4.2.4 Im Austrittsbericht der Rehaklinik Y.____ vom 25. April 2016 (act. 90) wurden die Diagnosen einer Fraktur an der Basis des Wirbelbogens BWK 1 links, einer Infraktur/Bone Bruise des Processus spinosus HWK 6 sowie einer Zerrung des angrenzenden interspinalen Ligamentes HWK 6/7 erhoben. Weiter wurden eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradig bis schwerer Episode, eine psychische Belastung durch das Besuchsrecht der Kinder sowie ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom diagnostiziert. Der Versicherte habe sich vom 16. März 2016 bis zum 20. April 2016 in der Rehaklinik aufgehalten. Die neurologische Untersuchung mittels Elektromyographie (EMG) habe Hinweise für eine leichte Reizung der Wurzel C7 links gezeigt. Anhaltspunkte für eine Reizung der Wurzel C6 links bestünden dagegen nicht. Die Diagnose eines lumbalen radikulären Reiz-/Ausfallsyndroms könne aufgrund von fehlenden klinisch-neurologischen Hinweisen nicht erhoben werden. Es habe eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet werden können. Diese sei weitgehend auf eine psychische Störung zurückzuführen. Während der psychosomatischen Abklärung habe sich der Versicherte mimisch abgeflacht gezeigt. Der psychische Zustand sei am ehesten als rezidivierende depressive Störung in gegenwärtig mittelgradigem bis schwerem Ausmass einzuordnen. Der Explorand wirke deprimiert und hoffnungslos, leide an Insuffizienzgefühlen, Durchschlafstörungen, sozialem Rückzug, innerer Unruhe und einem abgeflachten Antrieb. Die depressive Phase könne sich darüber hinaus negativ auf

die Schmerzverarbeitung auswirken, was eine mögliche Symptomausweitung weitgehend erkläre. Aufgrund des selbstlimitierenden Verhaltens habe die angestrebte Verbesserung der Funktion und der Belastbarkeit während des Klinikaufenthalts nicht erreicht werden können. Die Resultate der physischen Leistungstests seien folglich für die Zumutbarkeitsbeurteilung nicht verwertbar. Darüber hinaus lasse sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen nicht mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärungen erklären. Die angestammte Tätigkeit sei dem Versicherten nicht zumutbar, da es sich um eine zu schwere Arbeit handle. Dagegen könne ihm eine leichte Arbeit ganztägig zugemutet werden, wobei keine längerdauernden Überkopfarbeiten ausgeführt werden sollten. Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der depressiven Verstimmung und der leichten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen eine vorübergehende leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben. Empfohlen werde deshalb eine schrittweise Wiedereingliederung beginnend bei einem Pensum von 60% mit anschliessender Steigerung auf 100% innerhalb von drei Monaten und unter ambulanter psychiatrischer Betreuung.

4.2.5 Im Bericht vom 24. Mai 2016 (act. 93) erhob der behandelnde Arzt Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit leichter bis mittelgradiger Episode, einer somatoformen Schmerzstörung sowie einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Der Explorand habe zwischen 1987 und 1992 in der Z.____ Militärdienst geleistet. Er sei Teil einer Spezialeinheit gewesen und sei in diverse kriegerische Handlungen mit aufständischen Truppen verwickelt gewesen. Er sei mehrfach unter Beschuss geraten und habe diverse Kameraden sterben sehen und selbst getötet. Der Versicherte sei freiwillig aus dem Militärdienst ausgeschieden. Das Denken des Exploranden sei leicht eingeengt, insgesamt aber unauffällig gewesen. Affektiv habe er deprimiert, hoffnungslos, ratlos, dysphorisch, gereizt und klagsam gewirkt. Er habe zudem über Insuffizienzgefühle geklagt. Der Antrieb sei leicht reduziert gewesen. Die Interessen seien normal ausgebildet und es habe keine erhöhte Ermüdbarkeit festgestellt werden können. Intrusionen und Alpträume beständen wiederholt. Auch habe ein Vermeidungsverhalten und eine Hypervigilanz festgestellt werden können. Der Versicherte leide zudem unter Ein- und Durchschlafstörungen. Die diagnostizierte PTBS würde die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht beeinflussen, denn schliesslich sei der Explorand in den vergangenen zehn Jahren einer Arbeitstätigkeit nachgegangen. Die depressiven Episoden könnten jedoch je nach Schweregrad die Arbeitsfähigkeit durch eine Reduktion des Antriebs und der Interessen sowie durch eine erhöhte Ermüdbarkeit reduzieren. Weiter beeinflusse aktuell die somatoforme Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Exazerbation der Schmerzstörung durch den Unfall vom 27. Januar 2015 sei die Prognose ungewiss. In den Jahren davor sei diese jedoch überwindbar gewesen. Der Versicherte stehe rund einmal monatlich in psychiatrischer Behandlung. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten aus psychiatrischer Sicht zumutbar, wobei berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen zu begrüssen wären.

4.2.6 Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 10. Juni 2016 (act. 101) eine akute okklusive Sinusthrombose im Sinus transversus sigmoideus und bulbus venae jugularis rechts, einen chronischen migränösen Kopfschmerz bei Schmerzmedikamentenübergebrauch, ein sensibles C7-Syndrom links, eine foraminale Diskushernie C6/C7 links, ein Status nach einem Sturzgeschehen vom 27. Januar 2015 sowie eine zunehmende Schmerzchronifizierung. Das neurologische Konsil vom 24. Mai 2016 habe die C7-Radikulopathie links mit sensorischen, jedoch ohne

relevante motorische Anteile bestätigt. Bildgebend habe sich als pathomorphologisches Korrelat eine mögliche, eher geringgradig ausgeprägte foraminale Kompromittierung der C7-Wurzel links gezeigt. Denkbar sei indessen auch eine traumatische Contusio radicularis C7 links. Aus neurologischer Sicht werde ein konservatives Vorgehen empfohlen. Eine Operationsindikation sei nicht gegeben.

4.2.7 In der chirurgischen Beurteilung vom 28. September 2016 (act. 110.3) hielt Dr. F._____ fest, dass die vom Versicherten nach dem Unfallereignis vom 27. Januar 2015 geschilderten Beschwerden in Form von Nacken- und Kopfschmerzen mit Ausstrahlung im Bereich der linken Schulter bzw. des linken Arms bereits seit mehr als zehn Jahren bekannt gewesen seien und durch den Unfall keine entscheidende Änderung erfahren hätten. Die MRT der HWS vom 6. Februar 2016 zeige kein Ödem der Nervenwurzel C7 oder der umgebenden Strukturen als Reaktion auf eine traumatische Kontusion. Auch sei keine Verlagerung von Knochenteilen (Dislokation) im Bereich des Processus spinosus HWK 6 erkennbar. Das MRT vom 26. März 2015 zeige hingegen bereits einen zeitgerechten Heilungsprozess, zumal nur noch ein Restödem im erwähnten Bereich habe erhoben werden können. Anlässlich der Röntgenuntersuchung vom 19. Januar 2016 seien keine Folgen einer knöchernen Verletzung des Processus spinosus HWK 6 mehr erkennbar. Die Verletzung sei somit ohne Folgen ausgeheilt. In der Computertomographie (CT) vom 26. Januar 2016 hätten darüber hinaus auch keine Folgen einer Fraktur des Wirbelbogens BWK 1, insbesondere keine Verlagerung von Knochenteilen, erhoben werden können. Erkennbar sei eine zystische Veränderung, welche bereits im CT vom 24. Juni 2006 ersichtlich gewesen sei. Die Unfallfolgen seien demzufolge spätestens ab dem 26. Januar 2016 folgenlos abgeheilt und würden auch die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht mehr einschränken.

4.2.8 An Diagnosen erhob der behandelnde Psychiater Dr. I._____ in seinem Bericht vom 11. November 2016 (act. 118.19) eine rezidivierende depressive Störung mit leichter bis mittelgradiger Episode, eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine PTBS. Das formale Denken des Versicherten sei leicht eingengt, insgesamt aber unauffällig. Affektiv habe er deprimiert, hoffnungslos, ratlos, dysphorisch, gereizt und klagsam gewirkt. Auch habe er über Insuffizienzgefühle geklagt. Der Antrieb sei leicht reduziert gewesen. Die Interessen seien normal ausgebildet und es bestehe keine erhöhte Ermüdbarkeit. Intrusionen und Albträume würden wiederholt bestehen. Weiter habe sich ein Vermeidungsverhalten des Exploranden sowie eine Hypervigilanz gezeigt. Es bestünden Ein- und Durchschlafstörungen. Aufgrund des Arbeitsunfalles im Januar 2015 leide er unter Schmerzen im Bereich des Nackens, des Kopfes und des linken Armes. Die Haushaltführung sei nicht mehr möglich, weshalb er auf regelmässige Hilfe angewiesen sei. Autofahren könne er noch während maximal 30 Minuten. Von 1987 bis 1992 habe sich der Explorand in der Z._____ im Militärdienst befunden. Er sei Teil einer Spezialeinheit gewesen und sei an diversen kriegerischen Handlungen mit aufständischen Truppen verwickelt gewesen. Er sei dabei mehrfach unter Beschuss geraten und habe diverse Kameraden sterben sehen und selbst getötet. Der Versicherte sei anschliessend freiwillig aus dem Militär ausgeschieden. Während den Behandlungen bei Dr. I._____ habe sich das psychiatrische Beschwerdebild des Versicherten als weitgehend stabil, respektive als nicht beeinflussbar gezeigt. Es sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Chauffeur auszugehen. Für wechselbelastete leichtere körperliche Tätigkeiten bestehe wohl eine 50 bis 60%-ige Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte habe sich bereits von 2005 bis 2013 in regelmässiger ambulanter Behandlung bei ihm befunden. Anschliessend sei jedoch ein Therapieunterbruch von nahezu drei Jahren erfolgt, während dem der Explorand vollständig

arbeitsfähig gewesen sei. 4.2.9 Im Rahmen einer Aktenbeurteilung vom 14. März 2017 (act. 120.15) hielt Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliararzt der Suva, fest, dass während des Aufenthalts in der Rehaklinik Y.____ wie auch durch den behandelnden Psychiater Dr. I.____ eine rezidivierende depressive Störung und eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden seien. Die erhobene Diagnose einer PTBS könne jedoch anhand der Aktenlage nicht hergeleitet bzw. nicht mit dem Unfallereignis begründet werden. Sie würde nach den ICD-10 Kriterien ein relevantes, lebensbedrohliches Trauma voraussetzen, welches vorliegend nicht bestanden habe. Die affektive Störung mit depressivem Anteil sowie die somatoforme Schmerzstörung hätten bereits vor dem Unfall vom 27. Januar 2015 bestanden. Es sei jedoch denkbar, dass sich diese Beschwerdebilder durch das Ereignis passager verstärkt hätten. Schliesslich habe der Versicherte angenommen, eine Fraktur an den Wirbelkörpern erlitten zu haben, wodurch sich die vorbestehende Störung der Schmerzverarbeitung als auch der depressive Anteil vorübergehend verschlimmert hätten. Bei somatischer Ausheilung sei das psychiatrische Beschwerdebild stabil. Aufgrund der langjährigen Beschwerden werde sich durch eine weitere psychiatrische Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung der Arbeitsfähigkeit mehr erzielen lassen.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Beurteilung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit und der Frage eines allfälligen Rentenanspruchs auf das externe polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern vom 15. Oktober 2018. In Würdigung der medizinischen Akten habe sich gezeigt, dass dieses Gutachten nicht zu beanstanden und damit beweiskräftig sei. Die IV-Stelle habe einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers folglich zu Recht abgelehnt.

5.2 Der Beschwerdeführer vertritt demgegenüber die Auffassung, dem Gutachten der MEDAS Bern vom 15. Oktober 2018 komme kein Beweiswert zu, womit nicht auf dieses hätte abgestellt werden dürfen. Infolgedessen erweise sich der medizinische Sachverhalt als nicht genügend abgeklärt. Dieser Auffassung kann jedoch nicht gefolgt werden, wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergibt.

5.2.1 Betreffend das orthopädische Teilgutachten der MEDAS Bern bringt der Beschwerdeführer vor, Dr. C.____ habe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% ausgewiesen. Es sei daher nicht nachvollziehbar, weshalb die IV-Stelle im angefochtenen Entscheid auf eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit schloss. Vorab ist festzuhalten, dass die Konsensbeurteilung im Gutachten der MEDAS vom 15. Oktober 2018 ebenfalls durch Dr. C.____ formuliert wurde. Interdisziplinär wurde eine umfassende Arbeitsfähigkeit festgestellt. Im orthopädischen Gutachtensteil erhob sie eine volle Arbeitsfähigkeit des Versicherten, wobei zu Beginn vermehrt Pausen im Umfang von rund 20% notwendig sein könnten. Mit Blick auf die lange Arbeitsabsenz und einer damit einhergehenden Dekonditionierung erscheint eine vorübergehende Leistungsminderung nachvollziehbar. Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit von Pausen aus orthopädischer Sicht als Möglichkeit und nicht als unabdingbare Voraussetzung angesehen. Insofern ist es nicht zu beanstanden, dass Dr. C.____ diese Aussage in der interdisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt hatte und in der Folge auch die IV-Stelle im angefochtenen Entscheid auf eine Arbeitsfähigkeit von 100% schloss. Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, die Behauptung der IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung, wonach seit dem 1. Juli 2015 aus versicherungsmedizinischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe, stehe im Widerspruch zu den Angaben im orthopädischen Teilgutachten. Schliesslich habe Dr. C.____ bis zum 26. Juli 2016 die von der Suva anerkannte Arbeitsunfähigkeit, welche mit Ausnahme von zwei Monaten mindestens 50% betragen habe, bestätigt. Dazu ist anzumerken, dass sich Dr. C.____ der

versicherungsmedizinischen Beurteilung der Suva vom 28. September 2016 anschloss. Dr. F.____ hielt in diesem Bericht fest, dass sich bereits im MRT vom 30. März 2015 ein zeitgerechter Heilungsprozess gezeigt habe, da nur noch ein Restödem des Processus spinosus HWK 6 ersichtlich gewesen sei. Entsprechend den Ausführungen der Beschwerdegegnerin waren die Frakturen zu diesem Zeitpunkt bereits abgeheilt, was sich im MRT vom 19. Januar 2016 letztlich bestätigte. Den Akten ist zudem zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seine Arbeit am 1. Juli 2015 vollumfänglich wiederaufgenommen hatte. Auch die Fraktur des Wirbelbogens BWK 1 habe im CT vom 26. Januar 2016 nicht mehr erhoben werden können. Die Unfallfolgen sind somit spätestens am 26. Januar 2016 ohne Residuen abgeheilt. In Anbetracht des anlässlich der MRT vom 30. März 2015 festgehaltenen Heilungsverlaufs dürfte dies jedoch bereits wesentlich früher der Fall gewesen sein, womit keine Widersprüche zur Beurteilung der IV in der angefochtenen Verfügung ersichtlich sind. Während der klinischen Untersuchung erhob Dr. C.____ eine demonstriert eingeschränkte Beweglichkeit der LWS sowie eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit der HWS. Radikuläre Zeichen liessen sich weder in den oberen noch den unteren Extremitäten feststellen. Auch für die Schmerzangaben liess sich aus orthopädischer Sicht kein entsprechendes radiologisches Korrelat finden. Bildgebend zeigten sich degenerative Veränderungen an der HWS und der LWS entsprechend einem cervicospondylogenen sowie einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom. Diese degenerativen Veränderungen begründen eine qualitative Einschränkung der Belastbarkeit an HWS und LWS, weshalb dem Versicherten schwere Arbeiten nicht mehr zugemutet werden können. Weitergehende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit konnten aus orthopädischer Sicht nicht erhoben werden. Soweit sich der Beschwerdeführer darauf beruft, dass die Suva über den 26. Januar 2016 hinaus Taggeldzahlungen geleistet hat, kann er im vorliegenden Verfahren nichts zu seinen Gunsten ableiten.

5.2.2 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, dass entgegen den Ausführungen von Dr. D.____ im neurologischen Teilgutachten der MEDAS vom 15. Oktober 2018 ein klinisch-neurologisches Korrelat für die bestehenden Schmerzen habe objektiviert werden können. Auch widerspreche der Befund, wonach seit dem 5. Februar 2015 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt worden sei, der anerkannten Arbeitsunfähigkeit durch die Suva. Er verkennt dabei jedoch, dass die erhobenen Diagnosen einer Fraktur an der Basis des Wirbelbogens Th1, einer Infraktur/Bone Bruise des Processus spinosus C6 sowie einer Zerrung des angrenzenden interspinalen Ligamentes C6/C7 noch keinen gesicherten Schluss auf eine neurologische Pathologie zulassen. Nach den Ausführungen von Dr. H.____ im Bericht vom 17. März 2015 hätten sich anlässlich der neurologischen Untersuchung keine Hinweise für eine radikuläre Ursache der Beschwerden gezeigt. Dr. J.____ erhob im Bericht vom 10. Juni 2016 eine mögliche, eher geringgradig ausgeprägte foraminale Kompromittierung der C7-Wurzel links als Korrelat für die sensorischen Ausfälle. Denkbar sei auch eine traumatische Contusio radicularis C7. Ein Widerspruch zu den Befunden im neurologischen Teilgutachten von Dr. D.____ liegt damit jedoch nicht vor. Schliesslich erhob Dr. D.____ eine leichte Hypästhesie und Hypalgesie an der linken Hand, den Mittel- und Ringfinger sowie die Handfläche und die Handrückseite umfassend, was einem distalen C7-Dermatom entspreche. Eine Beeinträchtigung der Handfunktion wurde hingegen nicht festgestellt. Die Motorik sei regelrecht, insbesondere auch die Streckerfunktionen entsprechend dem C7-Segment. Die EMG vom 6. Juli 2018 zeigte bei keinem der untersuchten Muskeln eine akute pathologische Spontanaktivität. Eine C7-Radikulopathie nach links habe allenfalls in der Vergangenheit bestanden, im

EMG konnte jedoch keine Pathologie mehr festgestellt werden. Folglich bestanden keine Hinweise für eine relevante frische oder ältere axonale Schädigung in den Myotomen C5, C6 und C7 sowie S1 linksseitig. Die persistierende Beschwerdesymptomatik betreffend die HWS und LWS ist aus neurologischer Sicht somit nicht hinreichend zu erklären. Dr. D.____ schloss folglich auf eine relevante nicht somatische Überlagerung. Darüber hinaus konnten Inkonsistenzen festgestellt werden. So konnte die geschilderte hochgradige Einschränkung der HWS-Beweglichkeit nicht nachvollziehbar mit objektiven organischen Befunden erklärt werden. Insbesondere sei bei unbemerkter Beobachtung keine Einschränkung der Beweglichkeit zu erkennen. In diesem Zusammenhang konnte ein gewisses selektiv präsentiert erscheinendes Krankenrollenverhalten festgestellt werden. Aus neurologischer Sicht erhob Dr. D.____ retrospektiv eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mit Ausnahme desjenigen Zeitraums, in welchem der Versicherte hospitalisiert war. Diese Einschätzung ist in Anbetracht der erhobenen Befunde schlüssig. Ein Widerspruch zur Beurteilung der Suva ist ebenfalls nicht ersichtlich, da es sich hierbei lediglich um die Einschätzung aus Sicht der neurologischen Fachdisziplin handelt und von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen nach einem traumatischen Ereignis nicht per se auf eine dauernde Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden kann.

5.2.3 Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens der MEDAS von Dr. E.____ bringt der Beschwerdeführer vor, es sei nicht schlüssig erstellt, weshalb insbesondere die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht habe bestätigt werden können. Das psychiatrische Teilgutachten setze sich nicht ausreichend mit divergierenden medizinischen Beurteilungen auseinander. In Abweichung zu den erhobenen Befunden durch Dr. E.____ wurden während des Aufenthalts in der Rehaklinik Y.____ sowie durch Dr. I.____ jeweils eine rezidivierende depressive Störung in unterschiedlichen Schweregraden diagnostiziert. Soweit der Beschwerdeführer moniert, Dr. E.____ habe sich mit dieser Diagnose nicht hinreichend auseinandergesetzt, geht er fehl. Schliesslich hielt Dr. E.____ im psychiatrischen Teilgutachten fest, dass sich eine rezidivierende depressive Störung nachträglich nicht verifizieren lasse, was sich anhand der Anamnese und dem Befund schlüssig nachvollziehen lässt. Danach habe der Versicherte zwar während der psychiatrischen Begutachtung über Schlafstörungen und Lustlosigkeit geklagt, Anzeichen einer Müdigkeit konnten hingegen auch gegen Ende der psychiatrischen Untersuchung nicht festgestellt werden. Die Konzentration sei nicht eingeschränkt gewesen. Der Explorand habe einen jovialen und gut gelaunten Eindruck hinterlassen. Eine Gereiztheit habe lediglich dann imponiert, wenn er durch den Gutachter unterbrochen worden sei. In seiner Freizeit gehe der Explorand spazieren, treffe sich mit Freunden oder begeben sich zum Mittagessen ins nahe gelegene Ausland. Er lebe mit einer Untermieterin zusammen, welche auch den Haushalt erledige. Die im Austrittsbericht der Rehaklinik Y.____ vom 25. April 2016 sowie im Bericht von Dr. I.____ vom 11. November 2016 erhobenen Befunde, wonach der Explorand deprimiert und hoffnungslos gewirkt, an Insuffizienzgefühlen und einem abgeflachten bzw. reduzierten Antrieb gelitten und sich sozial zurückgezogen habe, konnten anlässlich der Exploration durch Dr. E.____ nicht bestätigt werden. Damit hat Dr. E.____ die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung schlüssig verneint. Betreffend die vormals erhobene somatoforme Schmerzstörung ist festzuhalten, dass Dr. E.____ die Psychomotorik des Versicherten aufgrund des häufigen Aufstehens, Stöhnens, Stehenbleibens und des provozierenden Gebarens aufgefallen ist, wobei es gleichzeitig nur selten zu Entlastungsbewegungen gekommen ist. Dr. E.____ sah diesbezüglich Hinweise für eine zumindest teilweise aggraviorische Absicht. Die bereits in der orthopädischen und

neurologischen Begutachtung erhobene Selbstlimitierung und Symptomausweitung konnten auch aus psychiatrischer Sicht bestätigt werden. In Anbetracht dieser Befunde ist die psychiatrische Beurteilung auch in diesem Punkt nicht zu beanstanden. Der behandelnde Psychiater Dr. I. ____ erhob beim Versicherten zudem die Diagnose einer PTBS. In seinem Bericht vom 24. Mai 2016 hielt er jedoch fest, dass diese Diagnose die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht beeinträchtigt, da er in den vergangenen Jahren trotzdem einer Arbeitstätigkeit habe nachgehen können. Dr. E. ____ konnte die Diagnose einer PTBS dagegen nicht bestätigen. Gemäss seinen Ausführungen seien die Schilderungen des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit dem absolvierten Militärdienst nicht glaubwürdig. Ohnehin sind der psychiatrischen Anamnese keine Hinweise auf wiederholt auftretende Intrusionen, Alpträume oder eine Hypervigilanz zu entnehmen, weshalb die Diagnose verständlicherweise nicht erhoben werden konnte. Abschliessend ist anzumerken, dass auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung durch Dr. E. ____ schlüssig ausgeschlossen wurde. So habe die narzisstische Persönlichkeit des Versicherten zwar den beruflichen Werdegang mitgeprägt. Hätte er jedoch an einer Persönlichkeitsstörung gelitten, wäre der eingeschlagene berufliche Weg aufgrund der mangelnden Kontrolle des eigenen Verhaltens nicht zu realisieren gewesen. Ebenso ergeben die aktuellen psychiatrischen Befunde keine Hinweise für eine relevante Persönlichkeitsveränderung. Damit ist die psychiatrische Beurteilung durch Dr. E. ____ nicht zu beanstanden.

5.3 Wie bereits ausgeführt (oben, Erwägung 3.4) ist für die Beurteilung der strittigen Angelegenheit jener Sachverhalt massgebend, wie er im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung der IV-Stelle vom 1. Juli 2019 vorgelegen hat. Mit Eingabe vom 23. Dezember 2019 hat der Beschwerdeführer den Austrittsbericht der Schmerzklinik X. ____ vom 17. Dezember 2019 eingereicht, in welcher er sich vom 25. November 2019 bis 18. Dezember 2019 stationär aufgehalten hatte. Da der Klinikaufenthalt erst mehrere Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung stattgefunden hat, kann der entsprechende Bericht im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Soweit der Beschwerdeführer mit diesem Bericht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend machen möchte, hat er dies im Verwaltungsverfahren vorzubringen.

5.4 Im Übrigen ist auf die Rüge des Beschwerdeführers, wonach die Begründung in der angefochtenen Verfügung ungenügend und folglich eine Verletzung des rechtlichen Gehörs gegeben sei, einzugehen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS Bern vom 15. Oktober 2018 - wie vorstehend ausgeführt - voller Beweiswert zukommt und sich die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit somit zu Recht auf dieses gestützt hat. Darüber hinaus legte die IV-Stelle den massgebenden medizinischen Sachverhalt ausführlich dar und begründete nachvollziehbar, weshalb sie auf eine umfassende Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit schloss und den Rentenanspruch des Versicherten entsprechend ablehnte. Die Beschwerdegegnerin ist ihrer Begründungspflicht damit rechtsgenügend nachgekommen. Abschliessend ist anzumerken, dass eine ungenügende Begründung der Verfügung ohnehin nicht deren Aufhebung zur Folge hätte, zumal aufgrund der im Rahmen der Vernehmlassung beigebrachten, ausführlichen Begründung der Beschwerdegegnerin der Mangel als geheilt zu betrachten wäre. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt nicht vor.

6. Zusammenfassend ergibt sich, dass dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS Bern vom 15. Oktober 2018 voller Beweiswert zukommt, weshalb sich weitere medizinische Abklärungen, wie sie der Beschwerdeführer verlangt, nicht aufdrängen. Gestützt auf die medizinische Aktenlage hat die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung

vom 1. Juli 2019 zu Recht auf eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab dem 1. Juli 2015 geschlossen. Damit wird die gesetzliche Wartezeit von einem Jahr, während dem die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit mindestens 40% hätte betragen müssen, nicht erreicht. Die Anspruchsvoraussetzungen zum Bezug einer Invalidenrente sind damit nicht gegeben. Demzufolge erübrigen sich weitergehende Ausführungen zum IV-Grad, insbesondere zur Qualifikation der angestammten Tätigkeit als leichte bzw. schwere Arbeit. Die Beschwerde ist abzuweisen. 7.1 Letztlich bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb ihm die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Ihm ist allerdings mit Verfügung vom 4. Oktober 2019 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 7.2 Dem Verfahrensausgang entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 4. Oktober 2019 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 19. Dezember 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9.4 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen im Umfang von Fr. 107.90. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'140.95 (9.4 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 107.90 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 7.3 Der Beschwerdeführer wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird erkannt: //: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar von Fr. 2'140.95 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Gegen diesen Entscheid wurde am 13. Juli 2020 Beschwerde beim Bundesgericht (Verfahren-Nr. 8C_454/2020) erhoben.

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