

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01107 vom 11. September 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-09-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.01107

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01107 du 11 septembre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01107 del 11 settembre 2006

Erwägungen

E. 1

1.1. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 129 V 4 Erw. 1.2, 127 V 467 Erw. 1), und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des strittigen Einspracheentscheids (hier: 26. August 2005) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 129 V 4 Erw. 1.2, 121 V 366 Erw. 1b), sind hier die mit der 4. IV-Revision per 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesetzesänderungen, zumindest soweit ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. Januar 2004 zu prüfen ist (BGE 130 V 447 Erw. 1.1.2), anwendbar. Da der Beschwerdeführer sich bereits im Jahre 2003 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet hat, ist teilweise ein Sachverhalt zu beurteilen, der sich vor dem Inkrafttreten der Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 21. März 2003 und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 21. Mai 2003 (4. IV-Revision) am 1. Januar 2004 verwirklicht hat, weshalb entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2003 auf die damals geltenden Bestimmungen, ab diesem Zeitpunkt auf die Normen der 4. IV-Revision und deren Ausführungsverordnungen abzustellen ist (BGE 130 V 445 ff.).

1.2. Praxisgemäss hat ein zweiter Schriftenwechsel gemäss Art. 19 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich (GSVGer) nur dann zu erfolgen, wenn neue Tatsachen, Beweismittel oder Rechtsgründe vorgetragen werden (Christian Zünd, Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Art. 19 N 7). Hat beispielsweise die Behörde ihren Entscheid nicht oder nicht hinreichend begründet und erst in der Vernehmlassung die Entscheidungsgründe ausführlich dargelegt oder der Gegenpartei nicht bekannte Urkunden eingereicht, würde die Unterlassung eines weiteren Schriftenwechsels einer Verletzung des verfassungsmässigen Anspruchs auf rechtliches Gehör gleichkommen (BGE 119 V 323 Erw. 1 mit Hinweisen, 116 V 40 Erw. 4b, 114 Ia Erw. 4b, 111 Ia 2).

Die Beschwerdegegnerin hat den Einspracheentscheid vom 26. August 2005 (Urk. 2) ausführlich begründet. In der Beschwerdeantwort bringt sie keine neuen Entscheidungsgründe oder neue Tatsachen vor, zu denen der Beschwerdeführer noch keine Stellung hätte nehmen können, weshalb auf einen zweiten Schriftenwechsel verzichtet werden kann.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2003 gültigen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66

E. 2

/

E. 3

3.1 Im Bericht des G.____, Psychiatrische Poliklinik, vom 4. November 2002 (Urk. 9/27 Beilage) wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1) diagnostiziert. Das andauernd vorhandene Ohrgeräusch sei am ehesten im Rahmen eines Tinnitus zu sehen. Differentialdiagnostisch lässen akustische Halluzinationen vor. Weiter hätten sich die seit dem Unfall vor 6 Jahren vorhandenen chronischen Schmerzsymptomatik und Muskelschwäche seit einem Monat akzentuiert. Es sei mit dem Beschwerdeführer besprochen worden, dass eine möglichst baldige Wiederaufnahme der Arbeit für die Prognose äusserst wichtig sei.

3.2 Gemäss Bericht des G.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin vom 21. November 2002 (Urk. 9/27 Beilage) leidet der Beschwerdeführer unter einer ausgeprägten Somatisierungsstörung bei Depression. Differentialdiagnostisch liege eine beginnende Schizophrenie vor. Es habe keine somatische Ursache für die eindrücklich geschilderte und gezeigte Symptomatik gefunden werden können. Es bestehe eine Gangstörung mit rechtsseitigem Schonhinken und Ausweichskoliose sowie diffus verteilte Parästhesien und eine empfundene Schwäche der Muskulatur. Im Vordergrund stehe eine schwere Somatisierungsstörung mit Depression bei aktuell bestehender psychosozialer, vor allem familiärer Belastungssituation. Die ebenfalls

geschilderten Halluzinationen, optischer wie auch akustischer Natur, liessen differentialdiagnostisch auch an eine schizophrene Störung denken. Es sei im Rahmen des psychiatrischen Konsiliums mit einer antidepressiven Therapie (Surmontil) begonnen worden. Die Dosierung sollte schrittweise erhöht werden. Eine ambulante, allenfalls stationäre psychiatrische Betreuung sei dringend weiterzuführen. Beruhigende körperliche Übungen und Atemtechniken, welche physiotherapeutisch durchgeführt worden seien, hätten keinen hinreichenden Effekt gezeigt. Die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit sollte im Sinne einer ablenkenden Massnahme von der aktuellen Problematik baldmöglichst versucht werden.

3.3 Am 25. Juni 2003 berichteten die Ärzte des G., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin (Urk. 9/27), es liege beim Beschwerdeführer ein anhaltendes somatoformes Schmerzsyndrom bei funktioneller Hemihypästhesie und Schwächegehl der rechten Körperhälfte, eine mittelschwere depressive Episode, ein residuelles, cervikocephales Schmerzsyndrom bei Status nach Unfall mit Contusio capitis cerebri sowie Halswirbelsäulen(HWS)-Distorsion im Jahre 1996 und ein Status nach Schussverletzung der rechten Schulter ca. im Jahre 1985 mit residueller Armplexusläsion vor. Es bestehe ein ausgeprägter Druck- und Klopfschmerz der gesamten Wirbelsäulen mit leichtem Beckenhochstand rechtsseitig und vermehrter Kyphose der oberen Brustwirbelsäule. Die Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule und die Lendenwirbelsäule seien unter Schmerzangabe in Endstellung altersentsprechend beweglich. Jede aktive Bewegung, vor allem die der oberen Extremität, führe zu massivem Gegenspannen mit Tremor. Die Beweglichkeit sämtlicher peripherer Gelenke sei altersentsprechend. Zehenspitzen- und Fersengang seien problemlos. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch intakt, der Beschwerdeführer gebe eine diffuse Hyposensibilität der gesamten rechten Körperhälfte an. Es bestehe eine leichte Atrophie der Tenar- und kleinen Finger Muskeln rechts bei sonst erhaltener Trophik. Es seien keine sicheren Paresen objektivierbar. Die Pyramidenbahnzeichen seien beidseits negativ. Im Vordergrund stehe eine ausgeprägte Somatisierungsstörung bei Depression. Die weiteren therapeutischen Massnahmen sowie die Prognose seien abhängig von der psychischen Beurteilung. Anamnestisch bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2002.

3.4 Im Bericht des G., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Therapie vom 4. Dezember 2002 (Urk. 9/65/26 Rückseite) wurde eine Depression mit ausgeprägter Somatisierungstendenz diagnostiziert. Aufgrund der generalisierten Schmerzen und der funktionellen muskulären Schwäche sei der Beschwerdeführer arbeitsunfähig. Die Somatisierungsstörung habe sich im Verlauf (1 Monat) nicht gebessert. Es sei noch unklar, wann die Wiederaufnahme der Arbeit möglich sei.

3.5 Über die Notfalluntersuchung vom 25. November 2002 berichteten die Ärzte des G., Neurologische Klinik und Poliklinik, am 10. Dezember 2002 (Urk. 21), es lägen eine Hemihypästhesie und eine subjektiv Schwäche rechtsseitig unklarer Aetiologie, ein Verdacht auf depressive Verstimmung, sowie ein Status nach Unfall mit Contusio capitis und Comotio cerebri sowie HWS-Distorsion vor ca. 6 Jahren mit einem residuellen cervico-cephalen Schmerzsyndrom vor. Im Neurostatus liege kein sicherer Nachweis für kooperationsunabhängige pathologische Befunde vor. Ohne auslösendes Moment sei es seit ca. 8 Wochen zu einer im Verlauf weiter progredienter und wechselnd ausgeprägter Hemihypästhesie und subjektiver Schwäche rechtsseitig

gekommen. Die Ursache dieser Beschwerden bleibe vorerst unklar. Im aktuellen Neurostatus fänden sich keine kooperationsunabhängigen pathologischen Befunde. Hinweise für eine eindeutige radikuläre Symptomatik oder medulläre Affektion ergäben sich nicht. Klinisch evident zeige sich eine depressive Grundstimmung, die sich auf das Gesamtbeschwerdebild begünstigend und unterhaltend auswirken dürfte. Inwiefern weitere psychiatrische Komponenten (funktionelle Symptomatik) negativ interagierend Einfluss nehmen, müsse psychiatrisch und im Verlauf beurteilt werden.

3.6 Laut der Berichte des G.____, Neurologische Klinik und Poliklinik, vom 23. Dezember 2002 (Kurzaustrittsbericht, Urk. 9/65/25) und vom 5. Januar 2003 (Bericht über die Hospitalisation vom 17. bis 23. Dezember 2002, Urk. 9/65/16) liegen folgende Diagnosen vor (Urk. 9/65/25):

1. Chronisches Schmerzsyndrom mit/bei

- Hemihypästhesie und diffusem rechtsseitigem Schwächegefühl

- Aetiologie: Vd. auf Konversionsneurose

2. Vd. a. depressive Verstimmung

3. Residuelles cervico-cephales Schmerzsyndrom bei

- St. n. Unfall mit Contusio capitis und Commotio cerebri sowie HWS-Distorsion vor ca. 6 Jahren

4. St. n. Schussverletzung der re. Schulter mit residueller Atrophie der Thenar- und interossären Muskulatur"

Der Abklärungsgang sei problemlos gewesen, wobei sich keine Hinweise dafür ergeben hätten, dass es sich bei den aktuellen Beschwerden um Symptome im Rahmen einer organischen Erkrankung handle. Der Liquorbefund sei normal, in den elektrodiagnostischen Untersuchungen (VEP, Tibialis-SEP und MEP) lägen ebenfalls durchaus Normalbefunde vor.

3.7 Im Kurzbericht des G.____, Neurologische Klinik und Poliklinik, vom 22. Januar 2003 über die am gleichen Tag erfolgte Kontrolle (Urk. 9/65/20 Rückseite) wurde angemerkt, dass im Neurostatus im Vergleich zur stationären Abklärung unveränderte Befunde ohne sicheren Nachweis kooperationsunabhängiger pathologischer Befunde vorlägen.

3.8 Am 20. Februar 2003 berichteten die Ärzte des G.____, Neurologische Klinik und Poliklinik (Urk. 9/65/13 Rückseite), dass die zerebrale MRI-Untersuchung einige wenige T2-hyperintense Läsionen im frontalen Marklager gezeigt hätten. Anlässlich der damaligen Hospitalisation seien ausgedehnte Zusatzuntersuchungen erfolgt. Dabei hätten keine Hinweise für eine Multiple Sklerose, Cerebrale Vaskulitis, Sarkoidose oder ein anderes entzündlich-infektiöses Geschehen gefunden werden können. Die Signalveränderungen könnten am ehesten als kleine vaskuläre Läsionen interpretiert werden, wobei die genaue Aetiologie letztlich unklar bleibe. Mit größter Wahrscheinlichkeit bestehe jedoch zwischen dem neuroradiologischen Befund und den vom Patienten angegebenen Beschwerden kein Zusammenhang.

3.9 Das MRI der HWS und des Schädels vom 19. November 2002 ergaben laut Bericht des Röntgeninstituts J.____ vom 5. Dezember 2002 (Urk. 9/65/24) eine

unauffällige Abbildung des Myelons und eine normale Signalgebung. Es lägen keine Raumforderungen des cervicalen Wirbelkanals und keine Kompressionen der neuralen Strukturen, keine Verlegung der Foramina intervertebralia vor. Zwischen C5 und C6 bestehe eine leichte Fehlstellung, einerseits sei die harmonische Krümmung, die Lordose hier unterbrochen, andererseits sei der Wirbelkörper C5 gegenüber C6 um 1-2 mm dorsal verlagert. Die entsprechenden Intervertebralgelenke zeigten keine fassbare Veränderung. Die ossären Strukturen seien ansonsten normal, die Wirbelkörper seien unauffällig abgebildet und zeigten eine normale Signalgebung. Es sei eine leichtgradige Diskopathie C5/6 mit dehydrierter Bandscheibe und mit einer minimalen, allgemeinen dorsalen Protrusion zu finden. Der Anulus fibrosus der Bandscheibe sei jedoch erhalten, eine Diskushernie bestehe nicht. Das Hirnparenchym sei morphologisch unauffällig abgebildet, es könnten jedoch in den T2- und in den protonen-gewichteten Bildern Signalstörungen gesehen werden, es handle sich um punkt- bis fleckförmige Hyperintensitäten der weissen Substanz. Die Verteilung frontal, frontoparietal und bilateral sei diffus. Die Veränderungen seien zwischen 0,8 cm maximal (rechts frontal) und einigen Millimetern gross. Es handle sich bei diesen Befunden um Demyelinisierungen, wobei die Aetiologie unklar sei, Differentialdiagnostisch kämen vaskuläre Demyelinisierungen und/oder eine Enzephalomyelitis disseminata in Frage. Es seien keine Raumforderungen, kein Tumor, keine Gefässmissbildung, keine Territorialinfarkte zu finden. Die Zeichnung der Hirnfurchen sei unauffällig, die Abbildung der Hirnwindungen normal und die cortico-medulläre Grenze sei regelrecht erkennbar. Es lägen kein Hydrocephalus, keine Pathologie an der Hirnbasis und keine Raumforderungen im Kleinhirnbrückenwinkel vor. Es seien kleinfleckige Demyelinisierungsherde des zentralen Hirnparenchyms frontal und parietal sowie bilateral zu finden. Differentialdiagnostisch kämen vaskuläre Herde oder eine Multiple Sklerose in Frage. Es liege eine Diskopathie C5/6, eine dehydrierte und leicht dorsal protrudierende Bandscheibe vor. Es sei keine Pathologie des cervicalen Myelons und keine Kompressionen der neuralen Strukturen im HWS-Bereich zu finden.

3.10. Dr. K. ___ diagnostizierte im Bericht vom 11. Dezember 2002 (Urk. 12/65/23 Rückseite) ein rechtsseitiges Hemisyndrom (unsicherer Gang, Parästhesien rechte Hand, Arm und Oberschenkel), starke Schmerzen im Bereich des Hinterkopfes sowie eine Kontusion der HWS. Der Beschwerdeführer klagt seit längerer Zeit über Schwäche rechtsseitig, ein Elektrisieren im Wirbelsäulenbereich und im linkem Arm. Er habe vor 6 Jahren eine HWS-Prellung gehabt, ob die jetzigen Beschwerden mit dem Unfall zusammenhängen, könne er (Dr. K. ___) jetzt nicht beurteilen. Der Beschwerdeführer sei zur Zeit zu 100 % arbeitsunfähig.

3.11. Laut MEDAS-Gutachten liegen folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 9/26 S. 23):

"Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Dissoziative Störung

Anhaltende leichte depressive Störung mit somatischem Syndrom

Vertebrales Schmerzsyndrom mit myofaszialer Beteiligung rechts

- Zerviko-Zephalosyndrom bei Status nach Kopf-HSW-Kontusionstrauma 1995 mit Commotio cerebri

Ä Ä -Ä Ä chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp"

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurden genannt:

"Ä Verdacht auf arterielle Hypertonie (kontrollbedürftig)

Ä Ä Chronischer Tinnitus

Ä Ä Akneiforme Dermatose am Rücken

Ä Ä Status nach Schuss-Verletzung der Klavikula rechts zirka 1979 (im Alter von 12 Jahren) mit Notfalloperation/Osteosynthese; Läsion des Armplexus

Ä Ä -Ä Ä Status nach operativer Revision der Beugesehnen der rechten Hand wegen Krallenstellung zirka 1997 in St. Gallen

Ä Ä -Ä Ä Residuelle Armplexus-Läsion mit leichtem Extensionsdefizit der Langfinger rechts, Atrophie der kleinen Handmuskeln

Ä Ä -Ä Ä Verdacht auf leichtes Sulcus ulnaris-Syndrom rechts"

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer weise eine äusserst komplexe Krankengeschichte auf. Sein bisheriges Leben sei gezeichnet durch multiple körperliche und psychische Traumata. Bei den körperlichen (gleichzeitig immer natürlich auch psychischen) Traumata seien die Schussverletzungen im Alter von 12 Jahren mit Residuen am rechten Arm und an der rechten Hand und der HWS-Kopf-Unfall von 1995 zu erwähnen. An psychischen Traumata und Vulnerabilitätsfaktoren seien die mehrfache Entwurzelung, die unglückliche Ehe und der schwere Unfall des einzigen Kindes zu erwähnen. Die heutigen Hauptbeschwerden basierten auf der Anhäufung von gleichzeitigen psychischen und somatischen Störungen. Es sei anzunehmen, dass die Symptomatik und die Dekompensation im Jahre 2002 durch die damalige Anhäufung von Belastungsfaktoren ausgelöst worden seien: Ehekonflikt, Unfall des Kindes, Stellenverlust, Wiederimmigration in die Schweiz nach fehlender Existenzgrundlage in Argentinien. Der Beschwerdeführer sei heute vor allem im psychiatrischen Bereich behandlungsbedürftig. Er sei noch jung, er sollte unbedingt behandelt und auf alle Fälle wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden. Da er hierzu vieler Stützen und auch einer Tagesstruktur bedürfe, sollte initial eine BEFAS-Abklärung erfolgen. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschineneinrichter/Produktionsmitarbeiter einer Firma für die Herstellung von Filtern zur B.____ sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig. Es habe sich um eine körperlich leichte Tätigkeit ohne Heben schwerer Lasten gehandelt. In körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten mit Heben von Lasten bis zu 10 kg, nicht ständig repetitiv, sei er zu 50 % arbeitsfähig. Die attestierte Restarbeitsfähigkeit datiere ab dem 11. November 2004, dem Tag der Schlussbesprechung. Der Beschwerdeführer habe am 30. September 2002 seinen letzten Arbeitstag gehabt. Bezüglich der bisherigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch behandelnde oder abklärende Ärzte lägen keine Angaben vor, weshalb der Tag der Schlussbesprechung als Beginn der Arbeitsfähigkeit anzusetzen sei.

3.12 Ä Ä Dr. M.____ berichtete am 29. Juni 2006 (Urk. 16), es handle sich diagnostisch um eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) mit deutlichen Anzeichen einer chronifizierenden Entwicklung in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (im Sinn von ICD-10 F62.0). Der Beschwerdeführer sei von seinem vorhergehenden Therapeuten,

Dr. med. N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. August 2005 bis 28. Januar 2006 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Seither und bis auf weiteres sei er aus medizinisch-psychiatrischen Gründen anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig und sozialpraktisch auf dem Arbeitsmarkt kaum vermittelbar. Es handle sich um eine Anhäufung von äusseren Belastungsfaktoren (schweres Emigrationsschicksal, familiäre Probleme, lebensbedrohlicher Arbeitsunfall im Jahre 1995), welche über Jahre hinweg zu zunehmenden psychischen und somatischen Beschwerden und seit September 2002 zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Das medizinische Gutachten der MEDAS vom 13. Dezember 2004 attestiere dem Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine 50%ige IV-Rente mit der Auflage einer psychotherapeutischen Behandlung. Der Beschwerdeführer habe bis heute trotz Bemühungen keine Anstellung finden können, und sein körperlicher und psychischer Zustand habe sich trotz psychotherapeutischer Behandlung verschlechtert. Aus heutiger Sicht sei deshalb von einem chronifizierten Leiden mit voraussichtlich anhaltender 100%iger Arbeitsunfähigkeit aus medizinischen Gründen auszugehen.

E. 4

4.1. Im Rahmen der Invalidenversicherung besteht die Institution einer MEDAS, welche polydisziplinäre Begutachtungen vornimmt. Dabei geht es nicht darum, zu einer "Spitzendiagnose" zu gelangen, sondern die Frage nach dem Krankheitswert und dem invalidisierenden Charakter des Leidens glaubwürdig zu beantworten. Auf vorhandene medizinische Unterlagen ist Bezug zu nehmen. Wichtigster Teil der Untersuchung ist die eingehende Anamneseerhebung, wobei die Schwerpunkte bei der Familien- und Sozialanamnese, der Berufsanamnese und schliesslich der Krankheitsanamnese liegen. Alle drei Faktoren haben den gleichen Stellenwert. Im Anschluss daran erfolgt die körperliche Untersuchung nach den Gegebenheiten des einzelnen Falles. In der Regel sind mindestens zwei Fachspezialisten zu engagieren. Aufgrund der fachärztlichen Untersuchungsprotokolle müssen unter Umständen noch ergänzende Untersuchungen angeschlossen werden. Nachdem alle Berichte vorliegen, geht es um die Koordination der Beurteilung und Beantwortung der Expertenfragen. Hierzu bewahrt sich eine Kommission von drei Ärzten, wobei es keineswegs notwendig ist, dass ausser dem erstuntersuchenden Arzt die beiden übrigen selbst den Patienten untersucht haben. Die entsprechenden Berichte müssen aber vorliegen und aussagekräftig sein in Bezug auf die Beurteilung des Krankheitswertes, respektive des invalidisierenden Charakters aller festgestellt Leiden (Fredenhagen, a.a.O S. 93).

4.2. Federführend bei der MEDAS-Begutachtung war Dr. med. O.____, Innere Medizin FMH. Dieser stellte den Aktenauszug zusammen, nahm die allgemeine Anamnese auf und führte den internistischen Untersuchung durch. Danach fanden, in Kenntnis der von Dr. O.____ erhobenen Befunde, die rheumatologische, die neurologische sowie die psychiatrische Untersuchung statt. Die Koordination und Beantwortung der Fragen erfolgten durch den federführenden Dr. O.____ und Dr. med. P.____, Rheumatologie FMH und Chefarzt der MEDAS. Ihnen lagen die Teilgutachten des Rheumatologen, der Neurologin und des Psychiaters vor. Dem federführenden Gutachter blieb es einerseits überlassen zu befinden, ob zusätzliche Untersuchungen angezeigt waren, und andererseits, ob für die Gesamtbeurteilung eine Konferenz mit den untersuchenden Gutachtern notwendig oder ob diese aufgrund der Teilgutachten allein möglich war. Wenn er auf eine Konferenz mit den begutachtenden Ärzten verzichtet und eine

neuropsychologische Untersuchung als nicht angezeigt erachtet hat, kann entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers daher nicht gesagt werden, auf das Gutachten sei schon aus formellen Gründen nicht abzustellen.

4.3 Das MEDAS-Gutachten berücksichtigt die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Beschwerden umfassend und setzt sich mit diesen nach den eigenen Untersuchungen eingehend auseinander. Die Beurteilung ist nachvollziehbar und widerspruchsfrei, weshalb sowohl der Diagnosestellung als auch den Schlussfolgerungen ohne Weiteres gefolgt werden kann.

Bezüglich des Einwandes, es werde die Frage, ob sich die rheumatologische und die psychiatrische Erwerbsunfähigkeit verärgerten, nicht diskutiert, sondern es werde vielmehr ohne jede Diskussion einfach auf die Höhe der beiden Erwerbsunfähigkeiten abgestellt, ist anzumerken, dass der begutachtende Rheumatologe in seiner Beurteilung davon ausgeht, dass der von ihm festgestellte Symptomkomplex zu einem wesentlichen Teil psychopathologisch erklärt werden dürfte und die Bemessung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der offensichtlich erheblichen psychopathologischen Mitbeteiligung vom rein skelettrheumatologischen Standpunkt aus erschwert sei (Urk. 9/26 rheumatologisches Gutachten S. 4). Mit dieser Aussage stimmt er mit dem in den Berichten des G. gemachten Aussagen überein, worin davon gesprochen wurde, dass keine somatische Ursache für die eindrücklich geschilderte und gezeigte Symptomatik habe gefunden werden können und im Vordergrund eine schwere Somatisierungsstörung mit Depression bei aktuell bestehender psychosozialer, vor allem familiärer Belastungssituation vorliege (vgl. u.a. Urk. 9/27). Die von ihm in rheumatologischer Hinsicht attestierte Arbeitsunfähigkeit führt er auf das myofasciale Schmerzgeschehen, welches einschliessende Schmerzzustände und intermittierende Verspannungen am Achsenskelett bewirken kann, zurück. Die Schmerzen des Beschwerdeführers werden vom begutachtenden Psychiater als anhaltende somatoforme Schmerzstörung interpretiert. Daneben finden sich aber auch Elemente einer dissoziativen Störung und zusätzlich liege eine anhaltende leichte depressive Störung mit somatischem Syndrom vor. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen schätzt er die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf 50 %. Dass der federführende Gutachter aus den Stellungnahmen des Psychiaters und des Rheumatologen schliesst, dem Beschwerdeführer sei eine 50 % Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit zumutbar, erscheint daher als schlüssig.

Zu dem vom federführenden Gutachter festgestellten Kraftverlust in der rechten Hand ist zu bemerken, dass der begutachtende Rheumatologe festgestellt hat, dass der Beschwerdeführer bezüglich Restsymptomatik am rechten Arm nicht eingeschränkt ist (Urk. 9/26 S. 21). Die rechte Hand scheine durchaus funktionstüchtig und gut adaptiert (Urk. 9/26, rheumatologisches Teilgutachten S. 4).

4.4 Der von der Beschwerdeführerin aufgelegte Arztbericht von Dr. M. vom 29. Juni 2006 vermag für den massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheids keine andere Festsetzung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit zu rechtfertigen. Obschon es sich auf den Zeitraum ab 18. August 2005 bezieht, hat Dr. M. den Beschwerdeführer erst nach Erlass des Einspracheentscheides vom 26. August 2005 am 22. Februar 2006 zum ersten Mal gesehen und untersucht. Im übrigen sind in diesem Bericht keine Befunde aufgezeichnet worden, weshalb nur schon aus diesem Grunde die neu gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung als nicht

nachvollziehbar erscheint, insbesondere nachdem aufgrund der Erwerbsbiographie (mehrere Jahre in medizinischer Hinsicht unauffällige Erwerbstätigkeit nach dem Unfall von 1995) und aufgrund der Definition gemäss ICD 10 (Latenzzeit von grundsätzlich maximal 6 Monaten nach dem Trauma) das auslösende Trauma völlig unklar ist.

5.4 Zu prüfen ist im Weiteren, wie sich der Gesundheitsschaden auf die Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers auswirkt.

5.1 Das Einkommen ohne Invalidität (Valideneinkommen) ist anhand des im Jahre 2003 erzielbaren Einkommens zu berechnen. Laut Arbeitgeberbericht der A. ___ AG vom 23. April 2003 (Urk. 9/59) erzielte der Beschwerdeführer im Jahre 2002 ein monatliches Salär von Fr. 4'900.-- beziehungsweise ein Jahresgehalt von Fr. 63'700.--. Die Stelle bei der A. ___ AG trat er an, nachdem ihm die Stelle bei der Swissport per 31. Dezember 2001 aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt worden war (vgl. Urk. 9/56). Dass der Beschwerdeführer die Tätigkeit bei E. ___ aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben konnte, kann den Akten nicht entnommen werden. Im Jahre 2001 war denn auch nur eine krankheitsbedingte Absenz von einem Tag zu verzeichnen. Ebenso wenig ergeben sich aus den Akten Hinweise, dass der Beschwerdeführer die vormalige Tätigkeit bei der Q. ___ AG aus gesundheitlichen Gründen aufgeben musste. Auch wenn er subjektiv der Ansicht gewesen war, der strengen Tätigkeit nicht mehr gewachsen zu sein, genügt dies nicht, um bei der Festsetzung des Valideneinkommens auf das damalige Einkommen abzustellen.

5.2 Somit ist für die Festsetzung des Valideneinkommens das Einkommen bei der A. ___ AG im Jahre 2002 von Fr. 63'700 heranzuziehen. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 1,4 % im Jahre 2003 (Die Volkswirtschaft 6-2006 Tabelle B10.2 S. 87) ergibt dies ein Valideneinkommen von rund Fr. 64'592.--.

5.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, seit 1999 von 41,8 Stunden, seit 2001 von 41,7 und seit 2004 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 7/8-2006 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

5.3 Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Aufgaben beschäftigten Männer betrug im Jahre 2002 im privaten Sektor Fr. 4'557.-- (LSE,

Tabelle TA 1), was bei einer im Jahre 2002 betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (Die Volkswirtschaft 6-2006 Tabelle B9.2 S. 86) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 1,4 % im Jahre 2003 (Die Volkswirtschaft 6-2006 Tabelle B10.2 S. 87) ein Gehalt von rund Fr. 4'817.20 pro Monat beziehungsweise ein solches von Fr. 57'806.-- pro Jahr und bei einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % ein Invalideneinkommen von Fr. 28'903.-- ergibt.

5.3 Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen lohnmassig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. In BGE 126 V 75 ff. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die bisherige Praxis dahin gehend präzisiert, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig ist. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen).

Vorliegend kann angesichts der Tatsache, dass die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers eine leichte gewesen und er in dieser noch zu 50 % arbeitsfähig ist, von einem Abzug vom Tabellenlohn abgesehen werden. Damit beträgt das massgebende zumutbare Einkommen nach Eintritt des Gesundheitsschadens Fr. 28'903.20. Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 64'592.-- resultiert für das Jahr 2003 eine Erwerbseinbusse von Fr. 35'688.80 und damit ein Invaliditätsgrad von 55,25 %, was einem Anspruch auf eine halbe Rente entspricht.

6. Hinsichtlich des Eventualbegehrens des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen hat die Beschwerdegegnerin nach Aktenlage nicht verfügt, weshalb ein diesbezüglicher Anspruch nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bilden kann. Auf die Beschwerde ist insoweit nicht einzutreten.

7. Da die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Verbeständigung gemäss Art. 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht erfüllt sind, ist Rechtsanwältin Dr. Claudia Schaumann, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren zu bestellen und bei diesem Ausgang des Verfahrens aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Nach Einsicht in die Kostennote vom 27. Juli 2006 (Urk. 24/1-2) und in Anwendung von Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht sowie Art. 8 und 9 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht ist die Entschädigung antragsgemäss auf Fr. 1'824.90 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Der Beschwerdeführer wird auf § 92 der Zivilprozessordnung hingewiesen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie in günstige wirtschaftliche Verhältnisse kommt.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuches um unentgeltliche Rechtsbeistandung wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Dr. Claudia Schaumann, Zürich, als unentgeltliche Rechtsbeistandin für das vorliegende Verfahren bestellt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Dr. Claudia Schaumann, Zürich, wird mit Fr. 1'824.90 (Honorar und Auslagenersatz inkl. Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Claudia Schaumann

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherung

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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