

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00993 vom 20. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00993

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00993 du 20 juin 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00993 del 20 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

1.1???? 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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

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

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

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

???????? Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.3???? Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.4???? Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.; zum Beweiswert von Expertisen der MEDAS das in BGE 137 V 210 publizierte Grundsatzurteil 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011).

1.5???? Die Anwendbarkeit der von der Rechtsprechung erarbeiteten Grundsätze auf laufende Verfahren bedeutet nicht, dass nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert mit Rücksicht auf die in BGE 137 V 210 erluterten Korrektive per se verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhält (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 9C_15/2012 vom 11. Juni 2012 E. 5 mit Hinweisen). Allerdings ist dem Umstand, dass ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten eine massgebende Entscheidungsgrundlage bildet, unter Umständen bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen (Bundesgerichtsurteile 9C_942/2011 vom 6. Juli 2012 E. 5.2 und 9C_776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 3.3). In dieser speziellen Übergangssituation lässt sich die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen vergleichen. In solchen Fällen gegen schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine (neue) Begutachtung anzuordnen (Bundesgerichtsurteil 9C_148/2012 vom 17. September 2012 E. 1.4).

E. 2

2.1???? Die Beschwerdegegnerin begründete die am 12. August 2011 verurteilte Abweisung des Leistungsbegehrens damit, dass weder aus rheumatologischer noch aus psychiatrischer Sicht Gesundheitsschäden ausgewiesen seien, welche die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers im Büro oder jede andere leichte bis mittelschwere Arbeit einschränken könnten (Urk. 2).

2.2???? Dem h?lt der Beschwerdef?hrer im Wesentlichen entgegen, dass das von der Beschwerdegegnerin herangezogene MEDAS-Gutachten vom 1. Februar 2011 unvollst?ndig und in sich widerspr?chlich sei. Infolge R?ckenbeschwerden bestehe seit mindestens Juni 2007 eine Arbeitsunf?higkeit von 100 %. Vor dem Hintergrund der festgestellten St?rungen (wie ausstrahlende Schmerzen, eingeschr?nkte Motorik sowie Sensibilit?ts- und Schmerzreduktion) seien eine neurologische Begutachtung sowie angesichts der Verdachtsdiagnose eines Sapho-Syndroms weitere spezifische Abkl?rungen (Skelettszintigraphie und Magnetresonanztomographie) notwendig. In psychischer Hinsicht stehe die Schlussfolgerung der MEDAS, wonach eine reizbare, explosive Pers?nlichkeit und eine - nicht invalidisierende ?- anhaltende somatoforme St?rung vorliege, im Widerspruch sowohl zur Auffassung der ?rzte der Psychiatrischen Klinik F.____ als auch zu jener des behandelnden Dr. phil. D.____. Laut letzterem sei der Beschwerdef?hrer infolge einer schweren depressiven Episode mit psychotischen und somatischen Symptomen sowie einer posttraumatischen Belastungsst?rung seit Jahren vollst?ndig arbeits- und erwerbsunf?hig. Von einer 100%igen Arbeitsunf?higkeit gehe auch der auf schizophrene Erkrankungen spezialisierte Psychiater Dr. med. E.____ aus, welcher die Diagnose einer schizotypen St?rung gestellt habe. Bei Vorliegen einer psychischen Komorbidit?t sei schliesslich auch eine Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunf?higkeit infolge der somatoformen Schmerzst?rung zu bejahen. ??

E. 3

3.1???? Eigenen Angaben zufolge hatte der 1961 in Tunesien geborene Versicherte nach der Mittelschule ein Wirtschaftsstudium in Kanada absolviert und studienbegleitend als Sicherheitsmann und Bodyguard gearbeitet. Nach Abschluss der Studien kam er in die Schweiz, wo er seit Anfang der Neunzigerjahre namentlich in der Versicherungsbranche t?tig war. Zeitgleich mit der Trennung und sp?teren Scheidung von seiner ersten Ehefrau und vor dem Hintergrund des zunehmenden Drucks am Arbeitsplatz infolge interner Umstrukturierung traten etwa ab dem Jahr 2005/2006 Beschwerden an der Lendenwirbels?ule auf. Ein nach Zeiten der Arbeitslosigkeit im April 2007 abermals in einer Versicherungsgesellschaft angetretenes Arbeitsverh?ltnis wurde wegen Nichterf?llens der Erwartungen seitens der Arbeitgeberin noch in der Probezeit gek?ndigt. Ab 2008 versp?rte der Versicherte zunehmend auch Beschwerden an der Halswirbels?ule. Die Schmerzen liessen ihn seither nicht mehr los. Er f?hlte sich ?berfordert und bedr?ckt, litt unter Stimmungsschwankungen und geriet langsam in eine ?Depression?. Heute wird er vom Sozialamt seiner Wohngemeinde unterst?tzt und sieht sich an einem Tiefpunkt angelangt, vor allem auch bedingt durch die schwierige finanzielle und soziale Situation (vgl. Anamnese des MEDAS-Gutachtens vom 1. Februar 2011; Urk. 8/32/6 ff.).

3.2???? Laut Untersuchungsbericht der ?rzte der Klinik F.____ vom 10. Januar 2007 sprach die damalige Symptomatik - bei einem mit ver?nderter Lebenssituation und belastenden psychosozialen Problemen aufgetretenen chronischen R?ckenleiden - f?r eine Anpassungsst?rung mit Potential zur Entwicklung einer depressiven St?rung. Empfohlen wurde eine ambulante psychotherapeutische Behandlung. Hingegen schien eine antidepressive Medikation nicht notwendig (Urk. 8/65/3 f.). ??

3.3???? Am 5. M?rz 2008 diagnostizierten die ?rzte der Klinik F.____ eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine psychosoziale Belastungssituation (Arbeitslosigkeit; ICD-10: Z56), eine schwierige famili?re Situation (ICD-10: Z60.1) und Probleme in Verbindung mit ?konomischen Verh?ltnissen (ICD-10: Z59). Das

psychiatrische Zustandsbild habe sich seit der letzten Einschätzung verschlechtert. Bisher habe keine ambulante Psychotherapie stattgefunden, jedoch scheine der Leidensdruck nun so gross, dass der Versicherte zu dieser Behandlung bereit sei. Man empfehle eine vorerst ambulante schmerzpsychotherapeutische Gruppenbehandlung; eine stationäre Behandlung lehne der Patient ab (Urk. 8/63/8 f.).

3.4???? Nach einer MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule vom 27. Februar 2009 am Radiodiagnostischen Institut Winterthur und einer CT-gesteuerten periradikulären Infiltration der Nervenwurzel C6/7 links vom 30. März 2009 (vgl. Urk. 8/32 S. 3) wurde der Versicherte auf Zuweisung durch Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie (Urk. 8/63/14), in der Chirurgischen Klinik des Spitals H.____ vorstellig, wo die Diagnose eines cervicoradikulären Reizsyndroms vom Typ C8 links (bei MR-diagnostisch nachgewiesener links paramedianer Diskushernie C6/C7 und Kontakt und Kompression der Nervenwurzel C7 links sowie einer grossen medianen rechtsseitigen Diskushernie C5/C6) gestellt wurde (Bericht vom 12. Mai 2009; Urk. 8/63/15).

3.5???? Dr. G.____ seinerseits äusserte den Verdacht auf eine cervicoradikuläre Reizsymptomatik C7 links (mit links-paramedianer Diskushernie C6/C7 mit Nervenwurzelirritation C8 [C7?] links) und diagnostizierte eine Tenosynovitis saltans Dig IV und V links, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom (mit Status nach mediolateraler Diskushernie mit Nervenwurzelkompression L5 rechts [MR 9/06] und Status nach Sakralblock 12/05, EDA 3/06, CT PRT L 4/5 rechts 9/06) sowie rezidivierende depressive Episoden. Aktuell beständige der Versicherte zwar eine gewisse Besserung, weitere Angaben zum Verlauf und zur Arbeitsfähigkeit könne er jedoch nicht machen. Entsprechende Fragen seien an die nachbehandelnden Ärzte zu richten (Bericht vom 20. Januar 2010; Urk. 8/19).

3.6???? Unter Hinweis auf erneut aufgetretene lumbale Schmerzen stellte sich der Versicherte im Januar 2010 abermals in der Sprechstunde des H.____ vor und wünschte eine Infiltration, wobei er hinsichtlich der Nackenschmerzen eine Verbesserung bekundete. Diagnostiziert wurden ein subakut rezidivierendes lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 rechts mit/bei breitbasiger kleiner mediolateraler Diskushernie L4/5 mit Dorsalverlagerung der rezessalen Nervenwurzel rechts (Status nach Sakralblock 12/05, Status nach EBA 03/06, Status nach EDA L4/5 09/06, Status nach BV PRT L5 rechts am 11/09; Status nach intensiver ambulanter Physiotherapie; aktuell diffuse sensorische Störung im rechten Bein ohne motorische Ausfälle), der Verdacht auf ein zervikoradikuläres Schmerz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom C8 links (mit links paramedianer Diskushernie unter konsekutiver Einengung des linken Neuroforamens und Irritation von C7 links; grosser rechts-paramedianer Diskushernie C5/C6 mit offenem Neuroforamen; Osteochondrosen C5/C6 und C6/C7) sowie eine psychosoziale Belastungssituation (Bericht vom 26. Januar 2010; vgl. Urk. 8/32/4).

3.7???? Der behandelnde Dr. phil. D.____ diagnostizierte im Bericht vom 19. Januar 2010 eine mittelgradige bis schwergradige depressive Episode (ICD-10: F32.1-2), den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20). Anamnestisch wurde festgehalten, dass der Versicherte ursprünglich für eine Privatsicherheitsfirma in Kanada gearbeitet habe, für welche er grausame Aufträge habe erledigen müssen. Diese Grausamkeiten hätten posttraumatische psychische Folgen hinterlassen, wobei der Versicherte diese Taten nur indirekt erzählt habe; sie seien aber nachvollziehbar und wirkten glaubwürdig. Andererseits könne nicht ausgeschlossen werden, dass es sich dabei um eine Paranoia

handle. Dazu würden das allgemeine Misstrauen und die Verschwörungsüberzeugungen hinsichtlich der letzten Berufstätigkeit, die Verwirrenheit der Kommunikation in der Familie seiner geschiedenen Frau und das Misstrauen vor den Behörden passen, die ihn in seinem Sozialerend begleiteteten. Der Versicherte lebe zurückgezogen in einer Sozialwohnung, betreue seinen Sohn und an den Wochenenden seine zwei Töchter. Obwohl sein Misstrauen offensichtlich sei, verhalte er sich ausserordentlich pflichtbewusst und ehrlich. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab Juni 2008 anhaltend (Urk. 8/18/1f.).

3.8.?? Die Ärzte des H. ___ attestierten dem Versicherten im April 2010 bei unveränderten Diagnosen (E. 3.6 hievon) eine seit dem 3. November 2009 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit als Büroangestellter, bezeichneten die Frage nach Umfang und Belastungsprofil einer behinderungsangepassten Tätigkeit indes als derzeit nicht beurteilbar (Urk. 8/28/3). Möglicherweise könnte mit einer intensiven multimodalen Physiotherapie und MTT eine Beschwerdelinderung erreicht und die Arbeitsfähigkeit entsprechend gesteigert werden (Bericht vom 21. April 2010; Urk. 8/28/6).

E. 3.9

3.9.1?? Im von der IV-Stelle auf Empfehlung ihres RAD eingeholten Gutachten der MEDAS vom 1. Februar 2011 (Urk. 8/32) wurden gestützt auf internistische, psychiatrische und rheumatologische Untersuchungen folgende Diagnosen - ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert - gestellt: Chronifiziertes Schmerzsyndrom (im Nacken, im linken Arm, im Kreuz und im rechten Bein; rheumatologisch nicht sicher zuzuordnen), anamnestisch ein mögliches, aktuell klinisch aber unwahrscheinliches radikuläres Reizsyndrom sowie eine reizbare, explosive Persönlichkeit (ICD-10: F60.3) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit fanden sich hingegen nicht (Urk. 8/32/12).

3.9.2?? Die rheumatologische Befunderhebung war gemäss Dr. B. ___ von einem ausgesprochenen Schmerz- und Schonverhalten des Versicherten dominiert. Obwohl die Untersuchung im Hinblick auf die diversen (fach-)ärztlichen Vorbeurteilungen mit der Diagnose eines Radikulärsyndroms bestmöglich konklusiv und vorsichtig durchgeführt worden sei, habe der Status als Haupterkennnis lediglich die Inkongruenz der Befunde ergeben. Die von früheren fachärztlichen Beurteilungen abweichenden Feststellungen seien namentlich damit zu begründen, dass an der Halswirbelsäule die klinischen Befunde und die Seite der nachgewiesenen Diskushernie nicht übereinstimmen. Für eine chronische Wurzelreizung bestünden keine hart fassbaren Kriterien, und die Untersuchungsbefunde seien in ihrer Gesamtheit widersprüchlich beziehungsweise passten nicht zu einem radikulären oder vertebrenalen Syndrom. Die geklagten Beschwerden seien rheumatologisch nicht erklärbar. Dementsprechend bestehe auch keine Arbeitsunfähigkeit, insbesondere nicht in einer leichten körperlichen Tätigkeit wie beispielsweise Büroarbeit (Urk. 8/32/21-23).

3.9.3?? Im Hinblick auf die aus psychiatrischer Sicht (Dr. C. ___) konstatierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Persönlichkeitsstörung im Sinne einer reizbaren, explosiven Persönlichkeit wurde ausgeführt, dass der Versicherte seine Kindheit und Jugend zwar pauschal als normal, unauffällig und ohne Probleme abgelaufen geschildert habe. Wie während der Untersuchung offensichtlich fassbar geworden, sei seine Persönlichkeit aber

derart ausgeprägt, dass unbestrittenermassen ein psychiatrisches Leiden vorliege. Die sensitiven Züge und die bedrohliche Wahrnehmung der ganzen Umwelt wären auch mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung vereinbar. Im Gespräch habe dann allerdings mehr die emotionale Instabilität imponiert, so dass er sich für diese Diagnose entschieden habe. Für die vom betreuenden Psychologen geltend gemachte posttraumatische Belastungsstörung habe er keine Hinweise finden können. Ein auslösendes Ereignis sei nicht konkretisiert worden. Bis zum Auftreten der Schmerzen habe der Versicherte mit den Besonderheiten seiner Persönlichkeit erfolgreich gearbeitet und an keinen psychiatrischen Einschränkungen gelitten. Heute stelle er die Schmerzen als entscheidendes Element seines aktuellen Lebens dar, womit sich die Frage nach den Foerster'schen Kriterien stelle. Zwar liege eine psychische Komorbidität in Form einer Persönlichkeitsstörung vor, jedoch fehle es an der geforderten erheblichen Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Die weiteren Kriterien seien aus psychiatrischer Sicht überwiegend nicht erfüllt (Urk. 8/32/30-32).

3.9.4?? Die zusammenfassende Beurteilung der MEDAS-Gutachter lautete dahin, dass der Versicherte bei der Befragung (Dr. Z.____) emotional sehr zurückhaltend und dumpf und auf eine ?lauernde Art und Weise? aggressiv gewirkt habe und in sämtlichen Angaben - auch auf mehrfaches Rückfragen - meist diffus und unpräzise geblieben sei beziehungsweise häufig Angaben zu wichtigen Fragen aus unklaren Gründen verweigert habe. Dieselben Beobachtungen seien vom psychiatrischen (Dr. C.____) und vom rheumatologischen Konsiliarius (Dr. B.____) gemacht worden. Entsprechend habe ersterer dem Versicherten eine reizbare, explosive Persönlichkeit in Verbindung mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung attestiert, allerdings ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit, da ihm die Überwindung der Schmerzen zumutbar sei. In eine ähnliche Richtung gehe die Beurteilung des begutachtenden Rheumatologen. Danach seien die Angaben des Versicherten lückenhaft, inkonsistent und widersprüchlich gewesen. Insbesondere hätten die bildgebenden Untersuchungen den dazugehörigen klinischen Befunden widersprochen, womit das vorgebrachte Schmerzsyndrom rheumatologisch nicht erklärbar sei. Weder aus rheumatologischer noch aus psychiatrischer Sicht finde sich somit eine Erkrankung, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätte.? Die Divergenz zwischen der heutigen Arbeitsfähigkeitseinschätzung und jener früherer fachärztlicher Vorberichte gründe auf unterschiedlichen Diagnosen (Urk. 8/32/11-13).

3.10?? Mit Schreiben vom 24. Mai 2011 (Urk. 3/5) nahm der den Versicherten betreuende Dr. phil. D.____ Stellung zum psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS (Dr. C.____) und hielt neu fest, dass aktuell nebst einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3) und somatischen Symptomen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) vorliege. Die erhebliche Diskrepanz zu den Befunden des Dr. C.____ (nicht invalidisierende anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Persönlichkeitsstörung im Sinne einer reizbaren, explosiven Persönlichkeit) lasse sich durch die nachgelieferten zusätzlichen Informationen (etwa zur Depression [Urk. 8/57/1-3] und zur posttraumatische Belastungsstörung [Urk. 8/57/4 ff.]) erklären. Die posttraumatische Belastungsstörung habe sich aufgrund der traumatischen Erlebnisse des Versicherten im Rahmen seiner Tätigkeit für eine kanadische Sicherheitsfirma entwickelt (u.a. Tätigkeiten im Auftrag des Sicherheitsdienstes; Urk. 8/57). Vom MEDAS-Chefarzt Dr. A.____ zur Stellungnahme aufgefordert sprach sich Dr. C.____ gegen das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung aus und wies dabei auf die lange zeitliche Latenz zwischen angeblichem Trauma und Symptomen sowie auf den Umstand hin, dass der

Versicherte die besagte Tätigkeit selbst gewählt und trotz der damit verbundenen Risiken und Belastungen über längere Zeit beibehalten habe, was die Bedeutung der Folgen für ihn relativiere. Ferner bemerkte er, aufgrund der Ausführungen von Dr. phil. D.____ sei zu vermuten, dass in der Zwischenzeit im Rahmen der ambulanten Psychotherapie neue Erkenntnisse hinzugekommen seien, welche die Diagnose dann tatsächlich veränderten. Da er den Versicherten nur am 11. November 2010 gesehen habe, könne er dazu natürlich nicht Stellung nehmen; die neuen Erkenntnisse habe er nicht selbst erhoben, und sie änderten nichts an den Grundzügen seiner vormaligen Beurteilung (Urk. 8/66).??

3.11?? Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vertrat in seiner am 12. September 2011 zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfassten Stellungnahme die Auffassung, dass die gezeigten Befunde (inadäquate Affekte; wenig soziale Bezüge und Tendenz zu sozialem Rückzug; Exzentrik und inadäquates Auftreten; zunehmendes Gröbeln, welches der Versicherte aber inhaltlich nicht preisgeben möchte; umständliche, vage Sprache; ähnliche überwertige Ideen; übermässiges Misstrauen) am besten zur Diagnose einer schizotypen Störung (ICD-10: F21) passten, und mit Blick auf die in den letzten Jahren progrediente Problematik von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen sei. Er empfehle, den Versicherten zu einem Gespräch mit einem Mitarbeiter des RAD mit Psychiatrie-Erfahrung anzubieten, damit sich dieser überlegen könne, welcher Arbeitgeber den Versicherten beschäftigen würde (Urk. 3/6).

E. 4.1

4.1.1?? Nach Lage der Akten leidet der Beschwerdeführer seit Jahren unter einem - im Zuge veränderter Lebensumstände aufgetretenen - Schmerzsyndrom im Nacken und im linken Arm sowie an lumbalen Rückenbeschwerden und Schmerzen im rechten Arm. Anlässlich der im November 2010 durchgeführten rheumatologischen Untersuchung konnte der MEDAS-Teilgutachter Dr. B.____ die geklagten Beschwerden allerdings nicht erklären. Nach einlässlicher Befunderhebung (Allgemeinstatus, Rückenstatik, Weichteile, Gelenkstatus, Periphere Neurologie und Neurodynamik), welche von einem ausgesprochenen Schmerz- und Schonverhalten des Versicherten geprägt war, legte Dr. B.____ nachvollziehbar dar, dass die Exploration als Haupterkennnis lediglich die Inkongruenz der Befunde ergeben habe. Gegen ein in fachmedizinischen Vorberichten erwöhntes (vgl. E. 3.4 hievore) radikuläres Reizsyndrom respektive ein vertebral ausgelöstes Schmerzsyndrom sprach seiner Ansicht nach zunächst der Umstand, dass im Halswirbelsäulenbereich die Klinik und die nachgewiesenen Diskushernien nicht miteinander übereinstimmten (Schmerzausbreitungsgebiet C8 links, aber Nachweis einer Diskushernie C5/6 rechts sowie C6/7 links). Sodann bestanden keine hart fassbaren Kriterien, welche eine chronische Wurzelreizung besttigt hätten. Der Reflexstatus war symmetrisch, Weichteilatrophien konnten nicht nachgewiesen werden, die Sensibilitätsstörungen waren fleckenförmig diffus und die Neurodynamik negativ. Die Untersuchungsbefunde erwiesen sich in ihrer Gesamtheit als widersprüchlich und passten gemäss allgemeinmedizinischer Erfahrung nicht zu einem radikulären oder vertebralen Syndrom. So liess sich beispielsweise die muskuläre Bewegungseinschränkung am Hüftgelenk und an der Schulter nicht durch eine radikuläre Reizung erklären.

4.1.2?? Angesichts dieser klaren Untersuchungsergebnisse und der damit einhergehenden Erkenntnis, dass der Nachweis von Diskushernien und degenerativen Veränderungen nur im Kontext einer passenden Klinik zu werten ist (Dr. B.____), kann von einer aus somatischer Sicht vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster, körperlich leichter Tätigkeit

ausgegangen werden. Zwar hielt es Dr. B.____ für möglich, dass in der Vergangenheit ein radikuläres Reizsyndrom vorlag. Jedoch fehlt es an konkreten Anhaltspunkten für eine seit 2007 überwiegend wahrscheinlich anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit, wie sie der Beschwerdeführer behauptet. Dass einzelne der im MEDAS-Gutachten erwähnten Aufnahmen (MRI der Halswirbelsäule vom 27. Februar 2009, Bilddiagnostik betreffend CT-gesteuerte periradikuläre Infiltration der Nervenwurzel C8 links vom 3. Juni 2009, MRI der Lendenwirbelsäule vom 13. September 2006, von Dr. B.____ selber elektronisch eingesehen; Urk. 8/32/20) nicht in den IV-Akten liegen, schadet in Anbetracht der detailliert aufgeführten Befunde und der eindeutigen Klinik im Ergebnis nicht. Soweit der Beschwerdeführer eine zusätzliche neurologische Expertise verlangt, kann ihm angesichts der gutachterlich festgestellten symmetrischen Reflexe und der fehlenden dermatombezogenen Ausfälle und Muskelatrophien nicht gefolgt werden. Ebenso wenig drängen sich Weiterungen aufgrund der vom rheumatologischen Teilgutachter genannten Verdachtsdiagnose eines Sapho-Syndroms (SAPHO = Synovitis, Akne, Pustulosis, Hyperostosis, Osteitis; Sonderform einer Spondylarthropathie) auf. Zwar liessen die ekzematösen Veränderungen an den Füssen und teils auch an den Händen allenfalls an ein derartiges Syndrom denken. Ein solches war indes von keinem der übrigen Rheumatologen festgestellt oder auch nur vermutet worden, und auch Dr. B.____ kam zum Schluss, dass sich für diese der Spondylarthropathie zugehörige Krankheit aus den konventionellen Röntgenbildern (keine ISG-Sklerose) und dem Gesamtverlauf zu wenige Hinweise ergaben (vgl. auch Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. Q.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie; Urk. 8/68 S. 6).

E. 4.2

4.2.1?? Zwischen dem psychiatrischen Teilgutachter der MEDAS (Dr. C.____) und dem den Beschwerdeführer betreuenden Dr. phil. D.____ bestehen erhebliche Diskrepanzen in Bezug auf die diagnostische Einordnung und die Einschätzung des verbliebenen Leistungsvermögens. Während Dr. C.____ eine reizbare, explosive Persönlichkeit in Verbindung mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung - ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - feststellte, attestierte Dr. phil. D.____ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer schweren depressiven Episode mit psychotischen und somatischen Symptomen sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; Stellungnahme zum Gutachten Dr. C.____ vom 24. Mai 2011; Urk. 3/5), wobei er anfangs 2010 noch von einer mittelgradigen bis schwergradigen depressiven Episode ausgegangen war und lediglich den Verdacht auf eine PTBS beziehungsweise auf eine paranoide Schizophrenie geussert hatte (E. 3.7 hievore).

4.2.2?? Nach dem Klassifikationssystem der ICD-10, auf welche Kriterien abzustellen ist (Bundesgerichtsurteil 9C_554/2009 vom 18. August 2009 E. 6), handelt es sich bei der PTBS um eine verzerrte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (Dilling/Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen, 5. Aufl. 2010 [Nachdruck 2011], S. 174). Eine PTBS, die im übrigen nur ausnahmsweise und unter bestimmten Voraussetzungen invalidisierende Wirkung hat (Bundesgerichtsurteil 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.3), wird nach der Rechtsprechung definitionsgemäss nur anerkannt, wenn sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem entsprechenden Ereignis auftritt. Eine weniger einschränkende Formulierung des

Belastungskriteriums oder der zeitlichen Latenz und damit die Berücksichtigung von Ereignissen, die keine aussergewöhnliche Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben eines Patienten eine Traumatisierung auslösen können, oder ein erst lange nach traumatischen Ereignissen beginnender Krankheitsverlauf mag therapeutisch Sinn machen, hingegen verlangt die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung, weshalb solche Konstellationen ausser Betracht bleiben müssen (so vorerwähntes Bundesgerichtsurteil 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.3 mit diversen Hinweisen). In der Vorgeschichte einer PTBS muss demnach ein traumatisierendes Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere vorgelegen haben, wobei sich anamnestisch das Problem stellt, dass der Untersucher beim Ereignis nicht zugegen war und sich - im Unterschied zur Rekonstruktion des subjektiven Erlebens - mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Mitteln nicht zuverlässig erschliessen lässt, ob ein Ereignis vorlag und wie dieses geartet war (vgl. Leonhardt/Foerster, Probleme bei der Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung, Med. Sach. 99 [2003], S. 151). Umso grösser ist die Bedeutung wahrheitsgetreuer, hinreichend konkreter Angaben der betroffenen Person für die Diagnosestellung einer PTBS.

Gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachter der MEDAS (Dr. C.____) erklärte der Beschwerdeführer, während seiner Studienzeit in Kanada als Bodyguard gearbeitet und dabei fürchterliche Erlebnisse durchgemacht zu haben; mehrere Angaben dazu wurden indes verweigert (Urk. 8/32/28). Im Bericht des behandelnden Psychotherapeuten Dr. phil. D.____ vom 19. Januar 2010 (Urk. 8/18) ist von "nur indirekt erzählten", nicht näher umschriebenen grausamen Aufträgen im Rahmen der Tätigkeit für eine Privatsicherheitsfirma die Rede. Entsprechend äusserte Dr. phil. D.____ lediglich den "Verdacht" auf eine PTBS und schloss eine Paranoia nicht aus. Damit aber liegen die fraglichen Vorkommnisse derart im Dunkeln, dass ein für die Diagnose einer PTBS vorausgesetztes schwerwiegendes Trauma nicht als erstellt gelten kann. Auch auf der Grundlage der von Dr. phil. D.____ am 24. Mai 2011 nachgelieferten - vagen - Zusatzinformationen (Urk. 8/57/4) lässt sich ein traumatisierendes Ereignis nicht zuverlässig rekonstruieren. Davon abgesehen erscheint fraglich, ob Vorkommnisse der angedeuteten Art überhaupt unter den Begriff eines traumatisierenden Ereignisses im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn fallen können. Bis zum Auftreten der bekannten Schmerzen war der Beschwerdeführer ausserdem während Jahren in der Lage, beruflich anspruchsvolle Aufgaben auf Kaderstufe wahrzunehmen, so dass jedenfalls die lange Latenzzeit der Anerkennung einer PTBS beziehungsweise einer damit verbundenen Leistungsberechtigung entgegensteht.

4.2.3?? Dr. phil. D.____ äusserte sich am 24. Mai 2011 zu weiteren - vom MEDAS-Gutachten abweichenden - Befunderhebungen und Diagnosen (u.a. schwere Depression und Persönlichkeitsstörung; Urk. 8/57/2 ff.). Dr. C.____ hielt dazu fest, es sei aufgrund der Ausführungen des Dr. phil. D.____ zu vermuten, dass "in der Zwischenzeit im Rahmen seiner ambulanten Psychotherapie neue Erkenntnisse" hinzugekommen seien, welche "die Diagnose dann tatsächlich veränderten" (Urk. 8/66). Daraus ergeben sich (auch in Verbindung mit dem Schreiben von Dr. E.____; Urk. 3/6) gewisse Zweifel (vgl. E. 1.5 a.E. hievon), welche sich weder durch den Umstand, dass die Bemerkung im Zusammenhang mit einer PTBS gefallen ist und Dr. phil. D.____ im Unterschied zu Dr. C.____ nicht Arzt ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid 9C_209/2011 vom 27. Mai 2011 E. 3.2; zur unterschiedlichen Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag vgl. BGE 135 V

465 E. 4.5 mit Hinweisen), noch dadurch ausser Acht lassen, dass letztlich nicht die korrekte diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens, sondern dessen konkrete Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit entscheidend ist (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Die Sache ist daher zur fachpsychiatrischen Ergänzung und Verdeutlichung des MEDAS-Gutachtens an die Verwaltung zurückzuweisen (vgl. E. 4.4.1.4 von BGE 137 V 210). Von Interesse sind Art, Schwere, Intensität und Dauer der noch im Raum stehenden psychischen Störungen beziehungsweise deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen, unter Ausklammerung der vielfach erwähnten (vgl. etwa E. 3.2, 3.3 und 3.6 hievore) grundsätzlich invaliditätsfremden (BGE 127 V 294 E. 5a; SVR 2012 IV Nr. 1 E. 3.4.1 [9C_1040/2010]; Urteil 8C_213/2012 vom 13. April 2012 E. 3.2) psychosozialen Faktoren. Der Beschwerdeführer wird dabei nicht umhin kommen, eine gewisse Belastung durch Abklärungen in Kauf zu nehmen, soweit er nach wie vor Versicherungsleistungen beanspruchen will.

5.????? Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.?????

6.1???? Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfertigung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen K. vom 10. Februar 2004, U 199/02, E. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 E. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 E. 3), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

6.2???? Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der seit 1. Juli 2011 in Kraft stehenden Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

6.3???? Der von Rechtsanwalt Wieduwilt mit Eingabe vom 18. Juni 2013 geltend gemachte Aufwand von 18 Stunden sechs Minuten und Fr. 56.-- Barauslagen (Urk. 10) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass er den Beschwerdeführer schon im Vorbescheidverfahren vertrat und die Akten somit bekannt waren. Sodann fällt die verlangte Entschädigung für vorprozessual entstandene Aufwendungen von vornherein ausser Betracht. Weiter erscheint ein Aufwand von 13 Stunden für das Ausarbeiten der knapp zehn materielle Seiten umfassenden Beschwerdeschrift als überhöht.

???????? Angesichts der zu rekapitulierenden 71 Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der erwähnten Rechtsschrift, der Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Besuch um unentgeltliche Rechtspflege sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträge ist die Rechtsanwalt Wieduwilt zustehende Entschädigung bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

?

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verf?gung vom 12. August 2011 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z?rich, IV-Stelle, zur?ckgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abkl?rung im Sinne der Erw?gungen, ?ber den Rentenanspruch des Beschwerdef?hrers neu verf?ge.

2.???????? Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.???????? Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdef?hrers, Rechtsanwalt Beat Wieduwilt, Winterthur, eine Prozessentsch?digung von Fr. 2?300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Beat Wieduwilt

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z?rich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 10

- Bundesamt f?r Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5.???????? 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 ?ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht w?hrend 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, zuzustellen.

???????? Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begr?ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdef?hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in H?nden hat (Art. 42 BGG).

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