

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00327 vom 12. November 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00327

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00327 du 12 novembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00327 del 12 novembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend die Invaliditätsbemessung (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) und den Rentenanspruch (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann, mit den nachstehenden Erwägungen, verwiesen werden.

E. 1.2

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

E. 1.3

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 2.

E. 2

oben). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Vernehmlassung vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Chauffeur seit dem 15. August 2008 nicht mehr zumutbar sei. An gepasste Tätigkeiten wie bei spielsweise Konfektions-, Kontroll- oder leichte Betriebsarbeiten seien ab dem 15. August 2008 zumutbar (S. 1 unten). Die Beschwerdegegnerin stellte einem Vali den einkommen von Fr. 61'100.-- ein Invalideneinkommen von Fr. 52'178.-- gegenüber und ermittelte einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 15% (S. 2 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer kritisiert in seiner Beschwerde (Urk. 1) insbesondere das Gutachten der MEDAS A.____ vom 10. Mai 2011. So machte er geltend, allein schon aufgrund der pneumologischen Befunde ergäben sich Zweifel, dass er in einer „sehr

leichten Tätigkeit“ vollzeitig und zu 100 % leistungsfähig sein soll e (S. 3 f. Ziff. 6). Im Übrigen unterscheide die Rechtsprechung nicht zwischen leichten und sehr leichten Tätigkeiten (S. 4 Ziff. 7). Auch habe die MEDAS A.____ die somatischen Erkrankungen nicht vollständig abgeklärt (S. 4 Ziff. 8).

Gravierend sei, dass er, der B.____ isch sprechende Beschwerdeführer, mit Hilfe eines C.____ ischen Dolmetschers begutachtet worden sei (S. 4 Ziff. 9).

Des Weiteren sei das psychiatrische Teilgutachten auffallend dürftig; dieses sei mit Bericht des D.____ gründlich kritisiert worden (S. 5 Ziff. 10.2 und

Ziff. 11). Zudem sei aufgrund des Gutachtens nicht klar, wann die Arbeitsunfähigkeit begonnen habe (S. 7 Ziff. 16). Die Beschwerdegegnerin unterschätze offensichtlich seine Atemnotbeschwerden. Aufgrund seiner Vorgeschichte sei er deutlich anfälliger für Infekte. Mit Krankheitsschüben, wie sie in den Berichten des

E.____ vom Februar und März 2012 dokumentiert seien, sei er einem Arbeitgeber kaum zuzumuten (S. 7 f. Ziff. 18). Schliesslich machte der Beschwerdeführer eine Verletzung der Begründungspflicht geltend (S.

E. 2.3

Demnach ist zu prüfen, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit und dem Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers verhält. 3.

E. 3

. Mai 2012 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Das hiesige Gericht holte weitere Stellungnahmen der MEDAS A.____ ein (Urk. 11; Urk. 17). Dazu nahmen der Beschwerdeführer am 30. Oktober 2012 (Urk. 19) und die Beschwerdegegnerin am 21. November 2012 (Urk. 22) Stellung.

Die se Eingabe n wurde n der jeweiligen Gegenpartei am 22. November 2012 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 23). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, d.h. eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Gemäss Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatsächlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b). Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu

Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 1 f.). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann es jedoch nicht der Sinn des durch die Rechtsprechung geschaffenen Instituts der Heilung des rechtlichen Gehörs sein, dass Versicherungsträger sich über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinwegsetzen und darauf vertrauen, dass solche Verfahrensmängel in einem vom durch den Verwaltungsakt Betroffenen allfällig angehebenen Gerichtsverfahren behoben würden. Der Umstand, dass eine solche Heilungsmöglichkeit besteht, rechtfertigt es dem nach nicht, auf die Anhörung des Betroffenen vor Erlass eines Entscheides zu verzichten. Denn die nachträgliche Gewährung des rechtlichen Gehörs bildet häufig nur einen unvollkommenen Ersatz für eine unterlassene vorgängige Anhörung. Abgesehen davon, dass ihr dadurch eine Instanz verloren gehen kann, wird der betroffenen Person zugegemutet, zur Verwirklichung ihrer Mitwirkungsrechte ein Rechtsmittel zu ergreifen.

Von der Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (BGE 120 V 357 E. 2b, 116 V 182 E. 3c und d).

E. 3.2

In der Verfügung vom 2. März 2012 (Urk. 2) wurde zwar auf die medizinische Würdigung nicht näher eingegangen, obwohl der Beschwerdeführer das Gutachten der MEDAS A.____

im Rahmen des Einwandes kritisiert hatte (Urk. 7/61).

Indessen hatte die Beschwerdegegnerin aufgrund des Einwandes eine Stellungnahme der MEDAS A.____ (Urk. 7/65) sowie einen weiteren Arztbericht (Urk. 7/66) eingeholt und diese ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme unterbreitet (vgl. Urk. 7/77). In der angefochtenen Verfügung hielt sie dann lediglich fest, dass aus rein medizinischer Sicht am Gutachten der MEDAS A.____ festgehalten werde (Urk. 2 S. 2 Mitte).

Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens verwies die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahmen des RAD sowie der Ärzte der MEDAS A.____ (Urk. 6; Urk. 22). Somit ist fraglich, ob die Anforderungen an die Begründungspflicht erfüllt sind.

Nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie wäre vorliegend jedoch ohnehin von der Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin bloss zur Gewährung des rechtlichen Gehörs abzusehen. Deshalb ist ein allfälliger Mangel als geheilt zu betrachten. 4. 4. 1

Dr. med. F.____, Innere Medizin und Pneumologie FMH, nannte im Bericht vom 28. April 2009 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/24/6-7) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):
- chronisches steroidbedürftiges Asthma bronchiale - zervikovertebrales, thorakales und lumbospondylogenes Syndrom - Cholezystolithiasis - Hiatushernie - Status nach rezidivierenden Gastritiden

2006 und 2007 bei mehreren Ulzerationen - Status nach Radiofrequenzablation im Februar 2007 wegen AV-Knoten-Reentry-Tachykardie - Status nach Umbilikalhernienplastik im September 2005 - Status nach Liechtensteinversorgung einer Inguinalhernie rechts im Sep

tember 2005 - Status nach Liechtensteinoperation bei indirekter Inguinalhernie links am 26. November 2008 - depressive Verstimmung - Status nach Morbus Crohn

Dr. F.____ führte aus, es bestehe ein chronisches Asthma bronchiale mit Eosinophilie und Einschränkung der Lungenfunktion. Es bestehe immer eine ausgeprägte Anstrengungsdyspnoe sowie eine allgemeine Schwäche. Daneben leide der

Beschwerdeführer an chronischen zervikovertebralen, thorakalen und lumbospondylogenen Schmerzen. Er sei seit dem 29. Mai 2008 100 % arbeitsunfähig. Es sei auf unabsehbare Zeit nicht damit zu rechnen, dass er wieder arbeitsfähig respektive erwerbsfähig werde (S. 1 f.). 4 . 2

Dr. med. G.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte im Bericht vom 29. April 2009 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/20/43-45) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A.1): - depressive Entwicklung mit somatischen Beschwerden - myofaszielles Schmerzsyndrom im Schulter-Nacken-Bereich links und gluteal am Beckenkamm rechts sowie zervikovertebrales und zervikozephalisches Schmerzsyndrom - lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Fehlhaltung, Fehlform der Wirbelsäule und muskulärer Verspannung - Asthma bronchiale mit rezidivierender Exazerbation

Dr. G.____ attestierte dem Beschwerdeführer in den Jahren 2005 bis 2009 diverse Arbeitsunfähigkeiten, so insbesondere vom 29. Mai bis zum 7. Juni 2008, vom

E. 3.7

und Ziff. 5.1). 4 . 7

Die Ärzte des D.____ diagnostizierten im Bericht vom 13. Mai 2011 (Urk. 7/60) eine mittelgradige depressive Episode. Sie führten unter dem Titel „Aktuelle Beschwerden“ aus, der Beschwerdeführer beklage, seit Oktober 2010 unter Depressionen zu leiden mit Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Schlafstörungen (S.

1). Zum psychopathologischen Befund gaben sie an, der gut deutsch sprechende Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Seine Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert, affektiv unkontrolliert. Im Gesprächsverlauf sei er verbal mitteilungsaktiv, schildere sein Symptomerleben und -verhalten in Zusammenhang mit einem Familienstreit. Kognitiv sei er in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis deutlich eingeschränkt. Das Denken sei formal beweglich, inhaltlich problemzentriert. Die Störung habe Krankheitswert (S. 2). 4 . 8

Mit Stellungnahme vom 5. Juli 2011 (Urk. 7/51) zum Vorbescheid führt er

Dr. F.____ aus, der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, während fünf Tagen pro Woche jeweils einen ganzen Tag eine Arbeitstätigkeit auszuführen, auch wenn es sich nur um eine leichte Tätigkeit handle. Er leide an permanenten Atembeschwerden mit Dyspnoe bei kleiner Anstrengung, häufigen Exazerbationen mit Ruhedyspnoe sowie auch Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates. Eine 50%ige Arbeitstätigkeit wäre theoretisch zumutbar. 4 . 9

Mit Bericht vom 10. Oktober 2011 (Urk. 7/65) nahmen der Hauptgutachter sowie der psychiatrische Gutachter der MEDAS

A.____ aufforderungsgemäss

zum Bericht der Ärzte der H.____ vom 3. Juni 2009 Stellung . Sie führten aus, die psychiatrische Begutachtung habe ungefähr eineinhalb Jahre nach Berichter stellung der Ärzte der H.____ stattgefunden. Im Vergleich zum Zustandsbild von Juni 2009 sei eine Besserung eingetreten. Dies widerspiegle sich in den auf psychiatrischem Gebiet geschilderten Beschwerden und bestätige sich auch im psychopathologischen Befund. Die Gedächtnisleistungen seien unauffällig ge wesen. Der Tagesablauf sei mit einer mittelgradigen depressiven Episode mit so ma tischem Syndrom nicht mehr vereinbar. Die ausgeprägten Ein- und Durch schlafstörungen mit Alpträumen seien nicht mehr in dieser Form angege ben worden. Bei der Untersuchung sei keine Müdigkeit objektivierbar gewesen. Der Leidensdruck scheine abgenommen zu haben. Der Beschwerdeführer nehme keine Medikamente auf psychiatrischem Gebiet mehr (S. 3 Mitte). Zusammen fassend sei – wie im MEDAS-Gutachten beschrieben – eine vormalige mittel gradige depressive Episode deutlich remittiert (S. 3 unten). 4 .

E. 6

Ziff. 12).

E. 10

Die Ärzte des D.____

nann ten mit Bericht vom 16. November 2011 zuhanden der Beschwerdegegerin (Urk. 7/66 /5-6) wiederum die Diagnose einer mittelgradi gen depressiven Episode (S. 1 Mitte) und führten dieselben aktuellen Beschwer den an wie im früheren Bericht vom Mai 2011 (S. 2 oben) . Sie führten aus, der Beschwerdeführer sei auf Grund der Depression und der somatischen Ein schrän kungen auch für angepasste Tätigkeiten 100 % arbeitsunfähig . Die Stö rung sei trotz medikamentöser Behandlung deutlich chronifiziert. Daher sei die Arbeits fähig keit wohl leider auch auf lange Sicht nicht gegeben (S. 1). Zu den Aus wirkungen auf die Arbeitstätigkeit gaben sie an, der Beschwerdeführer müsse am Tag selbstbestimmt immer wieder abliegen; es bestehe ein Rückzug und eine deutliche Verlangsamung, ansonsten Antriebslosigkeit und Motivati onslosigkeit (S. 2). 4 .

E. 11

Dem Bericht der Ärzte des E.____ vom 15. Februar 2012 (Urk. 3/5) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 1 2. Februar 2012 notfallmässig wegen Fieber, Husten mit gelblichem Auswurf und links sei tigen atemabhängigen Schmerzen behandelt wurde (S. 1) . Die Symptomatik wurde als infektexazerbiertes Asthma bronchiale bei absteigendem viralen res pi ratori schen Infekt beurteilt (S. 2). 4 .

E. 12

Mit Bericht vom 20. Februar 2012 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwer deführers (Urk. 7/75) nahmen die Ärzte des D.____ Stellung zum psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS A.____ . Sie hielten vorab fest, dass es sich nicht um ein Parteigutachten handle, sondern led iglich deutliche Kritik an der Qua li tät des psychiatrischen Teilgutachtens geäussert werde (S. 1). So habe die Gut ach terbefragung etwa eine Stunde gedauert und mit einem C.____ ischen Über setzer ohne Kenntnisse der B.____ ischen Sprache stattgefunden . Die Überset zung sei gemäss Angaben des Beschwerdeführers schlecht gewesen. Daher sei von deut lichen Missverständnissen auszugehen (S. 2 oben). Des Weiteren fän den sich im Gutachten Fehler, so sei der Beschwerdeführer seit 17 (nicht seit sieben) Jahren nicht mehr

in der J.____ gewesen . Zudem sei die Medikamenten liste unvollständig . Auch sei der psychische Befund auf Seite 20 des Gutachtens wohl

nicht vom Psychiater, sondern von einem somatischen Arzt erhoben worden (S. 2 Mitte).

Weiter seien die Beschwerden oberflächlich aufgenommen worden (S. 2 unten). Der Tagesablauf entspreche nicht der Realität und sei deutlich positiv überzeichnet. Der Beschwerdeführer gehe nicht einfach ins Bett, sondern könne etwa ein bis zwei Stunden lang nicht einschlafen, schlafe dann ein bis zwei Stunden, stehe auf, sehe fern und spaziere in der Wohnung um her; dann ver suche er wieder zu schlafen . Des Weiteren fehle im Gutachten eine Fremdanamnese

(S.

3 oben). Insgesamt könne nicht auf das Gutachten abgestellt werden (S.

4) . Auf Grund des positiven und negativen Leistungsbildes (kein Stress, kein Publikumsverkehr, keine Anstrengung, keine belastende Tätigkeiten, keine längeren Tätigkeiten) sowie der neuropsychologisch bestätigten Depression sei der Beschwerdeführer auch für angepasste Tätigkeiten 100 % arbeitsunfähig (S. 3 unten). 4 .

E. 13

Die Ärzte des E.____

berichteten am 23. Februar 2012 (Urk. 3/6) über eine weitere Notfallbehandlung vom 21. Februar 2012 wegen starkem Husten, Atemnot, Fieber und Schmerzen am ganzen Körper (S. 1) .

Sie beurteilten die Symptomatik wiederum als infektxazerbiertes Asthma bronchiale (S. 2). 4 .

E. 14

Mit Bericht vom 15. August 2012 (Urk. 11) nahmen die Gutachter der MEDAS

A.____

Stellung zu den Einwänden des Beschwerdeführers. Der psychiatrische Gutachter hielt unter anderem fest, dass das Krankheitsbild einer depressiven Episode entsprechend ICD-10 als Episode und nicht als Dauerzustand definiert sei. Es handle sich um einen Stimmungswechsel begleitet von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus. Es sei durchaus plausibel, dass dieses Krankheitsbild 2008/2009 diagnostiziert worden sei und diese Symptomatik im Dezember 2010 weitgehend remittiert gewesen sei . Die Ärzte der H.____ hätten keine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert, sie seien also nicht von einem rezidivierenden Geschehen ausgegangen (S. 2 oben). Der Hauptgutachter gab an, dass der Unterschied zwischen leichten und körperlich sehr leichten Tätigkeiten den arbeitsmedizinischen Einteilungen des Belastbarkeitsniveaus respektive der Arbeitsschwere entspreche (S. 3 unten). Der pneumologische Gutachter führte aus, eine körperlich kaum belastende Arbeit in einer staub- und allergenarmen Umgebung erfordere keine relevant grössere körperliche Leistung, als es das Alltagsleben als Pensionär auch erfordere (S. 4 unten).

Zudem gab er an, dass er in seiner Praxis mehrere Patienten betreue, welche bei nicht pathologischer arterieller Blutgasanalyse und einem Erstsekundenvolumen von 1.6 bis 1.7 Liter beziehungsweise etwa 45 % des Solls zu 100 % einer körperlich nicht bis kaum belastenden

Arbeit nachgehen würden (S. 5 oben).

4 .

E. 15

August 2012, E. 4.14).

Nach dem Gesagten kann aus pneumologischer Sicht gestützt auf seine Beurteilung von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich kaum belastenden Arbeit in einer staub- und aller genarmen Umgebung ausgegangen werden.

Soweit Dr. F.____ dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit bescheinigte, vermag diese Einschätzung die eingehend begründeten Untersuchungsergebnisse der Ärzte der MEDAS A.____ nicht zu entkräften,

zumal der Beschwerdeführer Dr. F.____ seit Juni 2007 (vgl. Urk. 7/20/33) regelmässig konsultiert und somit zwischen ihm und dem Beschwerdeführer eine vergleichbare Vertrauenskonstellation besteht wie zwischen dem Hausarzt und seinem Patienten (vgl. E. 1. 3).

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, dass der Pneumologe der MEDAS

A.____ die Frage nach einer möglichen zusätzlichen Pathologie aufgeworfen habe, weshalb der medizinische Sachverhalt nicht genügend abgeklärt sei (Urk. 1 S. 4 Ziff. 8), läuft seine Argumentation ins Leere. Wesentlich sind nämlich die Befunde, welche seitens der Lungenspezialisten übereinstimmend festgestellt wurden, sowie die entsprechenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der pneumologische Gutachter der MEDAS A.____ führte in seiner Stellungnahme vom 15. August 2012 aus, die von ihm vorgeschlagenen Untersuchungen seien nicht als Abklärung zur Beurteilung der Zumutbarkeit einer Arbeit gedacht gewesen, sondern um eine zusätzliche, bisher nicht bekannte Diagnose mit noch grösserer Sicherheit nicht zu verpassen. Die Beurteilung der Zumutbarkeit beruhe in den meisten Fällen nicht auf dem radiologischen Befund, sondern zu einem grossen Teil auf den lungenfunktionellen Werten

(Urk. 11 S. 5 f.).

5 . 3

Zu prüfen bleibt damit eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen. Aus psychiatrischer Sicht liegen der Bericht der Ärzte der H.____ vom 3. Juni 2009 sowie die Beurteilungen der Ärzte der MEDAS

A.____ und der Ärzte des D.____ vor.

Im MEDAS-Gutachten vom Mai 2011 wurde dargelegt, dass das seitens der Ärzte der H.____ im Juni 2009 beschriebene depressive Syndrom, welches als mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom qualifiziert worden sei, nicht mehr festgestellt werden könne. Mit Stellungnahme vom Oktober 2011 hielten die Gutachter fest, dass im Vergleich zum Zustandsbild von Juni 2009 eine Besserung eingetreten sei, was sich in den geschilderten Beschwerden und im psychopathologischen Befund widerspiegeln. Der entsprechende Bericht der Ärzte der H.____ steht dem MEDAS-Gutachten somit nicht entgegen.

Indessen ergeben sich Differenzen zwischen dem Gutachten der Ärzte der MEDAS sowie den Berichten der Ärzte des D.____. In den Berichten der Ärzte des D.____ wird jeweils

unter dem Titel „Aktuelle Beschwerden“ festgehalten, der Beschwerdeführer beklage, seit Oktober 2010 unter Depressionen zu leiden mit Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Gedanken kreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Schlafstörungen. Dabei ist nicht klar, ob es sich nur um die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers oder teilweise auch um eine Befunderhebung handelt. Der erste Bericht vom Mai 2011 weist auf Ersteres hin, wurde doch zusätzlich und separat ausser dem ein psychopathologischer Befund angegeben. Darin beurteilten die Ärzte des D.____ den Beschwerdeführer als deutlich depressiv-resigniert sowie in Aufmerksamkeit und Gedächtnis deutlich eingeschränkt. Dem gegenüber bezeichneten die Ärzte der MEDAS den Beschwerdeführer als leicht dysphorisch und in Aufmerksamkeit und Gedächtnis unauffällig. Im Übrigen weichen die Befunde nicht entscheidend voneinander ab. Die im Bericht der Ärzte der H.____ vom Juni 2009 beschriebenen ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen haben auch in den Berichten der Ärzte des D.____ keinen zentralen Stellenwert, wurden Schlafstörungen doch nur unter den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers erwähnt und wurde nicht näher auf diese eingegangen.

Erhebliche Widersprüche ergeben sich indessen bei den Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit. Gemäss dem Gutachten der Ärzte der MEDAS A.____ besteht in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

Demgegenüber attestierten die Ärzte des

D.____

dem Beschwerdeführer im Bericht vom 16. November 2011 auf Grund der Depression und der somatischen Erkrankungen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten. In ihrer Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten vom Februar 2012 hielten die Ärzte des D.____ fest, dass der Beschwerdeführer auf Grund des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der neuropsychologisch bestätigten Depression auch für angepasste Tätigkeiten 100 % arbeitsunfähig sei.

Offensichtlich wurden also bei beiden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit

nicht nur

psychiatrische Befunde berücksichtigt. Damit ist unklar, wie hoch die Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht veranschlagt wurde. Dies vermag nicht zu überzeugen, zumal es den behandelnden Ärzten des D.____ auch an den fachlichen Qualifikationen zu einer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht fehlt.

Der psychiatrische Gutachter der MEDAS A.____ gab in seinem Teilgutachten an, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mehr als 20 % aus psychiatrischen Gründen ergebe sich aus den genannten Befunden nicht. Im Rahmen der Gesamtbeurteilung kamen die MEDAS-Gutachter zum Schluss, dass allfällige Einschränkungen aufgrund von psychiatrischen Befunden nicht ins Gewicht fallen würden. So wurden die psychiatrischen Diagnosen der Dysthymia und der Somatisierungsstörung denn auch nicht als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit qualifiziert. Dies ist nachvollziehbar, vermögen die entsprechen den Diagnosen doch rechtsprechungsgemäss keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Auch in psychiatrischer Hinsicht kann somit vollumfänglich auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden. 5.4

Zur Frage der angeblich mangelhaften Übersetzung ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer auf dem Anmeldeformular zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angab, dass er neben seiner Muttersprache B.____ isch auch über Fremdsprachenkenntnisse in Deutsch und C.____ isch verfüge (Urk. 7/16

Ziff. 5.3). Selbst wenn diese Sprachkenntnisse eher Basischarakter haben sollten, konnte vom Beschwerdeführer ohne weiteres erwartet werden, dass er während der Untersuchung dem Gutachter auf Deutsch – oder alternativ dem Dolmetscher auf C.____ isch – zu verstehen gibt, dass die Übersetzung nicht ausreichend sei. Im Übrigen wurden im Bericht der Ärzte des D.____ vom 13. Mai 2011 sogar gute Deutschkenntnisse angegeben. Dass sich der Beschwerdeführer dennoch während der Exploration nicht zu allfälligen Übersetzungsproblemen äusserte und erst im Nachhinein das Gutachten aufgrund mangelhafter Übersetzung kritisierte, vermag nicht zu überzeugen. Im Übrigen ist auch nicht ersichtlich, dass der Beschwerdeführer bei den Untersuchungen im D.____ einen B.____ isch sprachigen Dolmetscher zur Verfügung gehabt hätte, zumal die behandelnden Ärzte des D.____ –

Dr. K.____, Dr. L.____ und Dr. M.____ – gemäss Ärzteverzeichnis der FMH (www.doctorfmh.ch

) weder C.____ isch noch B.____ isch sprechen.

In Bezug auf die übrigen Kritikpunkte kann auf die ausführlichen und überzeugenden Stellungnahmen der Ärzte der MEDAS A.____ verwiesen werden. 5.5

Zusammenfassend ist folglich auf das Gutachten der MEDAS A.____ vom Mai 2011 abzustellen, wonach beim Beschwerdeführer in einer körperlich sehr leichten Tätigkeit (Heben von maximal 5 kg und gelegentliches Heben und Tragen von Gegenständen und Werkzeugen; vorwiegend im Sitzen, mit der Möglichkeit die Position zu wechseln; ohne häufiges oder langes Gehen oder Stehen; ohne Überkopfarbeiten oder Tätigkeiten aus Zwangshaltungen) seit dem 17. Mai 2008 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht.

Der medizinische Sachverhalt ist als in diesem Sinne erstellt zu betrachten. 6.

Der durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (Urk. 2 S. 2; vgl. auch Urk. 7/47) ist korrekt und wurde auch seitens des Beschwerdeführers nicht beanstandet. Insbesondere erscheint ein Leidensabzug von 15% angesichts der gegebenen Einschränkungen als angemessen.

Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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