

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01175 vom 31. März 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01175

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01175 du 31 mars 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01175 del 31 marzo 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1974, ist gelernter Elektr omonteur (Urk. 6/8 Ziff. 5.2 ,

Urk. 6/25) und arbeitete vom

1. Mai 2008 bis 31. März 2009 als Kaffeemaschinen-Techniker bei der Firma Y.____ (Urk. 6/22 Ziff. 2.1, Ziff. 2.7) . Am 27. April 2009 meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wegen Rückenbeschwerden zum Leistungsbezug an (Urk. 6/8).

Die IV-Stelle holte Arztberichte (Urk. 6/18

Urk. 6/

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von

Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art.

E. 1.1.2

, S.

20 Ziff. 2.4) . Sie nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 Ziff. 4.1): - chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei - Fehlstatik und leichter lumbaler Hyperlordose, diskreter rechtskonvexer Skoliose und muskulärer Dysbalance - Assimilationswirbel mit partieller Sakralisation L5, hyperplastischen Querfortsätzen und beidseitigem Nearthros mit dem Sakrum

- medio-links-lateraler Diskushernie L4/L5 ohne klinisch manifester Rückenmarksbeeinträchtigung - Impingementsymptomatik im Bereich der linken Schulter

Ferner nannten sie als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

22 Ziff. 4.2): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) mit - unübersehbarer Verdeutlichungstendenz und Selbstlimitierung - Nikotinabhängigkeit (F17.25)

Bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kaffeemaschinentechniker könne mangels objektiven Arbeitsprofils keine gültige Stellung bezogen werden (S.

23 Ziff. 5.1). Für eine körperlich leichte, gelegentlich mittelschwere Arbeit in Wechselposition attestierten sie dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit, wobei für erstere die rheumatologischen Befunde limitierend wirkten (S. 23 Ziff. 5.2).

Dr. K.____ führte in seinem rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 6/68/29-42) aus, der Beschwerdeführer habe seine Beschwerden diffus geschildert und sei durch auffallendes Schmerzverhalten mit ständigem Stöhnen, Grimassieren und langsamen Bewegungsabläufen sowie einem Abwehrspannen bei der passiven Beweglichkeitsprüfung aufgefallen (S. 2 Ziff. 3.1.1). Anlässlich der eingehenden, rheumatologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom links ohne radikuläres

Reiz- oder sensorische Ausfallsymptomatik, hingegen mit deutlichen Zeichen eines auffälligen Schmerzverhaltens mit schmerzbedingter Selbstlimitierung hinsichtlich der Beweglichkeit von Wirbelsäule, linker Schulter und Hüftgelenke und mit pseudoradikulärer Symptomatik im Sinne einer diffusen Sensibilitätsverminderung des ganzen linken Beines und linken Unterarmes beziehungsweise der linken Hand verbunden mit Dysästhesien im Sinne von Kribbelparästhesien am linken Fuss und linken Unterarm beziehungsweise linken Hand präsentiert (S. 9 f. Ziff. 5). Es bestehe eine Minderbelastbarkeit des Achsenorgans im lumbalen Abschnitt hinsichtlich kraftaufwändigen Verrichtungen insbesondere ausserhalb der Körperachse. Nicht geeignet für den Beschwerdeführer seien körperlich schwere und ständig mittelschwere Arbeiten wie auch Arbeitspositionen mit häufig vor geneigtem oder abgedrehtem Oberkörper sowie Arbeiten mit Kälteexposition. Ebenfalls nicht günstig seien Arbeitspositionen in einer ständig sitzenden oder stehenden Zwangshaltung. Hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kaffeemaschinentechniker könne er zur Arbeitsfähigkeit keine geeigneten Angaben machen, da in den Akten ein detailliertes Arbeitsprofil fehle (S.

11 Ziff. 6.1). Dem Beschwerdeführer könnten jegliche körperlich leichten, gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten, vorzugsweise in wechselnden Körperpositionen, ganz tags ohne leistungsmässige Einschränkung zugemutet werden. Aus rheumatologischer Sicht schätze er die Arbeitsfähigkeit auf 100 % (S.

E. 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 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art.

E. 1.2.4

mit Hinweisen). So beruht das psychiatrische Teilgutachten von Dr. L.____ auf einer Momentaufnahme, während die Ärzte der

Psychiatrie A.____ den Beschwerdeführer seit Jahren behandeln. Es ist ein Wesensmerkmal einer jeden Begutachtung, dass sie nicht auf einem derart langen Beobachtungszeitraum beruhen kann wie die behandelnden Ärzte, ohne dass dies allein ihrem Beweiswert

abträglich wäre (Bundesgerichtsurteil 9C_866/2012 vom 21. November 2012 E. 3.2.1). Ausserdem verfolgen die Berichte der behandelnden Ärzte Rechtsprechungsge-mäss nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die von der Rechtsprechung aufgestellten materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Sodann ist auch der Erfahrungssache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). In antizipierter Beweiswürdigung kann auch darauf verzichtet werden, bei der

Psychiatrie A.____

wie beantragt (Urk. 1 S. 6)

einen aktuellen Behandlungsbericht einzuholen, da daraus keine neuen richtungsweisende Erkenntnisse zu erwarten sind. 4.6

Hinsichtlich der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist die eine Frage, ob die entsprechende Diagnose als begründet und gesichert zu erachten ist; die andere Frage ist, ob eine daraus folgende Arbeitsunfähigkeit bei der IV rechtlichen Leistungsprüfung relevant und deshalb zu berücksichtigen ist. Die erste Frage ist fachmedizinisch zu beantworten, die zweite im Rahmen der Rechtsanwendung (durch die Beschwerdegegnerin und vorliegend durch das Gericht) als Rechtsfrage gemäss den von der Gerichtspraxis entwickelten Kriterien (vgl. E. 1.4) zu entscheiden. Im Regelfall gilt die Willensanstrengung, die schmerzbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu überwinden, als zumutbar. Eine ausnahmsweise Unzumutbarkeit ist anzunehmen, wenn entweder eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer, oder - alternativ - bestimmte weitere Kriterien darauf schliessen lassen.

Dr. L.____

diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Aufgrund einer fehlenden psychiatrischen Diagnose liegt keine Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor. Zu den alternativen Kriterien ist aus den vom Gutachter gemachten Angaben im Rahmen der Rechtsanwendung zu schliessen, dass der Beschwerdeführer über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen verfügt, sodass diese mit einer zumutbaren Willensanstrengung aus reichend überwindbar sind (vgl. E. 3.13). Das psychiatrische Gutachten der Klinik

O.____ (Urk. 6/49) vermag daran nichts zu ändern. Die behandelnden Fachärzte diagnostizierten beim Beschwerdeführer eine mittelgradige depressive Episode (F32.10) in Kombination mit einer somatoformen Schmerzstörung (F45.4).

Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 5.5) handelt es sich bei einer mittelgradigen depressiven Episode um keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden und damit fehlt die Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer.

Dem MEDAS-Gutachter kann damit gefolgt werden, dass zu keinem Zeitpunkt aus psychiatrischer Sicht eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen hat und damit auch kein Raum für eine befristete Rente besteht. 4.7

Zusammenfassend kann damit auf das MEDAS-Gutachten vom 19. Januar 2012 abgestellt werden und der medizinische Sachverhalt ist dahingehend erstellt, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit (leichte, gelegentlich mittel schwere Arbeiten in Wechselposition, vgl. E. 3.13) zu 100 % arbeitsfähig ist.

5.5.1

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 f. E. 4.2 in fine, 128 V 174, Urteil des Bundesgerichts I 156/02 vom 26. Mai 2003).

Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin wurde am 3. Oktober 2012 (vgl. Urk. 2) erlassen. Der Einkommensvergleich und damit die Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens sind bis und mit 2012 aufzurechnen. 5.2

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung für das Valideneinkommen auf die Angaben des Arbeitgebers ab: der Beschwerdeführer verdiente 2008 total

Fr. 61'100.-- (vgl. Urk. 6/22 Ziff. 2.10, Urk. 6/83 S. 2). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2012 von

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so:

chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352).

E. 1.5

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). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 3. Oktober 2012 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 5. November 2012 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung (S.

1 Ziff.

1) sowie die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente für die Zeit vom 1. Januar 2010 (Ablauf Wartefrist) bis 31. März 2012 und ab 1. April 2012 mindestens eine halbe Invalidenrente (S.

1 Ziff. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 6. Dezember 2012 (Urk. 5) beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 24. September 2013 (Urk. 23) zur Kenntnis gebracht wurde; gleichzeitig wurde antragsgemäss (Urk. 1 S. 2 oben) die unentgeltliche Rechtsvertretung gewährt. Weiter holte das Gericht die Unterlagen der Klinik

Z.____ betreffend den Beschwerdeführer ein (Urk. 13, 16). Der Beschwerdeführer nahm mit Eingabe vom 21. Oktober 2013

(Urk. 26) zu den neu eingereichten Unterlagen Stellung, die Beschwerdegegnerin verzichtete am 29. Oktober 2013 auf eine Stellungnahme (Urk. 28).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, der Beschwerdeführer sei seit 5. Januar 2009 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in seiner Arbeits- beziehungsweise Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt (S.

1 unten). Es sei ihm aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich, in der bisherigen Tätigkeit als Kaffeemaschinenmechaniker in einem Pensum von 100 %

zu arbeiten. Eine angepasste Tätigkeit wie zum Beispiel Call-Center Mitarbeiter, Allrounder oder Nachtportier sei jedoch zu 100 % zumutbar. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 12 % und es bestehe kein Rentenanspruch (S. 2 oben).

E. 2.2

%, 0.7 %, 0.9 % und 0.7 % (Die Volkswirtschaft 6-2012, S. 95, Tabelle B10.2, Lit. G, H; Die Volkswirtschaft 12-2013, S. 91, Tabelle B10.2, Ziff. 10-33) resultiert ein Valideinkommen von Fr. 63'891.--,

wovon vorliegend unbestrittenermassen auszugehen ist. 5.3

Strittig und zu prüfen ist die Berechnung des Invalideneinkommens.

Die Beschwerdegegnerin führte aus, nach Erhebung des Bundesamts für Statistik (LSE TA 1 Ziff. 1-96) betrage der Lohn für Hilfsmitarbeiter (Zentralwert) für das Jahr 2011 Fr. 62'394.-- im 100 % Pensum. Das Anforderungsprofil sei als Lohnminimierender Faktor zu berücksichtigen. Das Einkommen mit Behinderung verringere sich daher um 10 % und betrage somit Fr. 56'155.--. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 12 % und es bestehe kein Rentenanspruch (vgl. Urk. 2 S. 2 oben).

Der Beschwerdeführer stellte sich auf den Standpunkt, dass es ihm nicht möglich sei, in einer angepassten Tätigkeit ein Einkommen von Fr. 56'155.-- zu verdienen. Zudem sei der Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin falsch und ihm sei ein weit höherer Leidensabzug zu gewähren als nur 10 %. Auf Grund der zahlreichen und multiplen Einschränkungen, der fehlenden Sprachkenntnisse reduziere sich das Einkommen um mindestens 20 %. Unter Berücksichtigung einer maximal 50%igen Restarbeitsfähigkeit ergebe sich ein Invalideneinkommen von höchstens Fr. 24'710.--. Die Gegenüberstellung zum Valideinkommen ergebe eine Lohneinbusse von 60 %. Damit habe er einen Anspruch auf mindestens eine

Dreiviertelrente, jedenfalls aber sei der Anspruch auf eine halbe Rente auszuweisen (S. 7 Ziff. 5). 5.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht.

Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, nämlich 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 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E.

4.2.1).

Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

4.2.1 mit Hinweis), wo bei jeweils vom sogenannten 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

BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/ bb, 124 V 321 E.

3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E.

2a). 5 .5

Der Be schwerdeführer arbeitet nicht, weshalb für das Invalideneinkommen auf die Tabellenlöhne abzustellen ist. In einer angepassten Tätigkeit mit leichten, ge le gentlich mittelschwere Arbeiten in Wechselposition ist der Beschwerde füh rer 100 % arbeitsfähig.

Der Zentralwert der im Jahr 2010 in allen Wirt schaftszwei gen mit Anforderungsniveau 4 von Männern erzielbaren Einkommen be trug

Fr. 4' 901.-- pro Monat. Auf ein Jahr umgerechnet , angepasst an die durch schnitt liche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2013, S.

90, Tabelle B9.2, lit .

A-S)

und unter Berücksichtigung der Nominalloh nent wicklung bis 2012 von 1.0 % und 0.8 % (Die Volkswirtschaft 12-2013, S. 91, Tabelle B10.2, Nominal Total) ergibt dies ein hypothetisches Invalidenein kommen von rund Fr. 62'270.-- (Fr. 4'901.-- x

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Be schwerdeführers verhält s owie die Berechnung des Invaliditätsgrades. 3. 3. 1

In seinem Bericht vom 9. April 2009 (Urk. 6/44/2-3) nannte Dr. med. B.____ , Psyc hiatric und Psychotherapie FMH, Psychiatrie A.____ , folgende Diagnose: - psychische Belastung und Schlafstörung im Rahmen des lumboradikulä ren Schmerzsyndroms bei Diskushernie L4/L5

Zum Untersuchungszeitpunkt habe beim Beschwerdeführer kein Hinweis auf eine nennenswerte Psychopathologie bestanden. D as anamnestisch angegebe nen Stimmungstief und die Nervosität seien im Zusammenhang mit dem be steh enden Schmerzsyndrom und dem Verlust des Arbeitsplatzes nachvollziehbar und allenfalls im Sinne einer Anpassungsstörung zu werten . Auf Symptom ebene imponiere zum Untersuchungszeitpunkt eine ausgeprägte Schlafstörung. Zu m jetzigen Zeitpunkt sei en beim Beschwerdeführer keine spezifisch psychi a tri schen Massnahmen indiziert.

Es sei eine allgemeine Psychoedukation zum Umgang mit Schmerzen im Rahmen der Re mobilisierung erfolgt (S. 2 Mitte). 3. 2

Dr. med. C.____ , Facharzt für Innere Medizin FMH, nannte in seinem Be richt vom 2 9. Mai 2009 (Urk. 6/18/2-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - subakutes lumboradikuläres Schmerz- und sensibles Ausfallsyndrom L 5 links mit und bei - breitbasiger , recessaler Diskushernie beidseits - Status nach CT gesteuerter PRT L5 links, 2 3. Januar 2009 - psychische Belastung und Schlafstörung (psychiatrisches Konsil vom 9. April 2009) im Rahmen der Diagnose 1

Seit 5. Januar 2009 bestehe eine akute Lumbo i schialgie links und seither sei keine Besserung ersichtlich. Der Beschwerdeführer habe trotz Medikamenten, Physiotherapie mit Rheumaklinik kaum aushaltbare Schmerzen im linken Bein. Es bestehe die Gefahr der Chronifizierung (Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter seit

5. Januar 2009 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar und es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit (Ziff. 1.7). 3.3

Die behandelnden Ärzte des Spitals D.____ stellten in ihrem Bericht vom 22. Juni 2009 (Urk. 6/21/6-9) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - subakutes lumboradikuläres Schmerz- und sensibles Ausfallsyndrom L5 links mit und bei - breitbasiger, rezessaler Diskushernie beidseits - Status nach CT gesteuerter PRT L5 links, 23. Januar 2009

Ferner nannten sie als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - psychische Belastung und Schlafstörung (psychiatrisches Konsil vom 9. April 2009) im Rahmen Diagnose 1

Der Beschwerdeführer sei vom 27. März bis 25. April 2009 stationär behandelt worden (Ziff. 1.3). Der Beschwerdeführer habe anfangs Januar 2009 beim Heben eines 5 kg schweren Gegenstandes plötzlich einschliessende Schmerzen im Lendenwirbelsäulen (LWS)

-

Bereich verspürt. Dies sei ein erstmaliges Ereignis gewesen, vorher hätten keine lumbalen Beschwerden bestanden. Seitdem beklage sich der Beschwerdeführer über persistierende Schmerzen lumbal mit Ausstrahlung dorsolateral bis zum linken Sprunggelenk. Desweiteren berichte der Beschwerdeführer über Kribbelparästhesien und zum Teil Hypästhesie im ganzen

linken Bein. Seit einem Monat habe er zusätzlich noch linksseitige cervikobrachiale Schmerzen. Beim Austritt habe der Beschwerdeführer an persistierenden Beschwerden gelitten. Durch eine Operation der Diskushernie könne eventuell eine Beschwerdebesserung erreicht werden (Ziff.

1.4). Sie würden dem Beschwerdeführer eine Physiotherapie und Wassertherapie empfehlen, bei persistierenden oder progredienten Beschwerden sei nochmals eine neurochirurgische Untersuchung angezeigt (Ziff. 1.5). Der Beschwerdeführer sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kaffeemaschinentechniker vom 27. März bis 10. Mai 2009 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Die körperlichen Einschränkungen würden sich bei der Arbeit in gebückter Haltung, Tragen von schweren Lasten und Arbeiten in statischer Zwangshaltung auswirken und seien aktuell nicht möglich (Ziff. 1.7). 3.4

Im Bericht vom 30. November 2009 (Urk. 6/33/2-3 = Urk. 6/39/4-5) nannten die behandelnden Ärzte des Spitals D.____ folgende Diagnosen (S. 1): - chronifizierendes lumbospondylogenes bis radikuläres Schmerzsyndrom mit und bei - breitbasiger, rezessaler Diskushernie beidseits L4/L5 - CT-gesteuertes EDA L4/L5 am 25. November 2009 - Status nach CT-gesteuerte PRT L5 links, 23. Januar 2009 - beginnendes chronifiziertes Schmerzsyndrom mit funktioneller Überlagerung - Status nach Hospitalisationen

E.____, Februar 2009; D.____, April 2009; Rehabilitation F.____, September 2009 - rezidivierende Schwindelattacken

Die erneute Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 16. November bis 30. November 2009 sei aufgrund eines chronifizierenden

lumbospondylogenen bis – radikulären Schmerzsyndroms links bei breitbasiger, rezessaler Diskushernie erfolgt. Durch den Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik F.____ vom 26. August bis 12. September 2012 habe keine relevante Schmerzminde rung und Verbesserung von Kraft und Ausdauer erzielt werden können. Die Schmerzen seien seit der Hospitalisation im März 2009 unverändert und führten zunehmend zu Immobilisierung. Klinisch zeige sich eine eingeschränkte Wirbelsäulen-Beweglichkeit sowie ein beidseitig positiver Quadrantentest (S.

1 unten). Sie attestierten dem Beschwerdeführer vom 16. November bis 20. Dezember 200

E. 4

Abs. 1 Bundesgesetz 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 gegliederten Arbeitsmarkt (Art.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 7.2

Mit Honorarnote vom 25. Februar 2014 (Urk. 30/1-2) machte die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers einen Aufwand von 10 Stunden und 51 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 102.70

geltend. Beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist Sie somit mit Fr. 2'454.50 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuches vom 5. November 2012 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt. und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf §

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine

halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 9

Dr. C. ___ nannte in seinem Bericht vom 3. Dezember 2010 (Urk. 6/62/2-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - chronisches lumbospondylogenes bis lumboradikuläres Syndrom L5 links bei Diskushernie L4/L5 mit rezessaler Affektion der Nervenwurzel L5 links - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion - anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Es bestehe eine therapieresistente Lumboischalgie links seit Januar 2009. Trotz viermaliger stationärer Behandlung mit zweimaliger Nervenwurzelinfiltration L5 links und einmaliger Epiduralanästhesie sei keine signifikante Schmerzreduktion erreicht worden. Trotz intensiver Therapie habe keine Besserung erreicht

werden können. Der Beschwerdeführer sei ausgesprochen depressiv und schmerzfixiert (Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kaffeemaschinenmonteur seit 5. Januar 2009 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). Es falle ihm schwer, sinnvolle Vorschläge zu machen. In absehbarer Zeit sei es nicht möglich, den Beschwerdeführer beruflich zu rehabilitieren. Deshalb schlage er vor, den Beschwerdeführer zu berenteten und die Situation in einem Jahr erneut zu analysieren (Ziff. 1.11). 3.10

Im Bericht vom 5. Januar 2011 (Urk. 6/63) nannten die behandelnden Ärzte der

Psychiatrie A. ___ folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - mittelgradige depressive Episode (F32.1) - akzentuierte Persönlichkeitszüge der narzisstischen Art (Z73.1)

Der Beschwerdeführer sei vom 9. September 2010 bis 10. Januar 2011 ambulant behandelt worden (Ziff. 1.2). Beim Beschwerdeführer komme immer wieder die Angst auf, er müsse sich einer Operation unterziehen. Es zeige sich weiterhin – wegen der eingeschränkten psychischen Ressourcen – eine starke

Selbstlimitierung, die noch durch die Persönlichkeitsakzentuierung verstärkt werde. Psychoedukativ sei beim Beschwerdeführer nach wie vor kaum etwas auszurichten. Es gelinge ihm nicht im geringsten, Eigeninitiative aufzubauen – geschweige sich mit einer Vorbereitung auf eine Arbeitstätigkeit auseinanderzusetzen (Ziff. 1.5). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). Aus psychischer Sicht sei davon auszugehen, dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit nur sehr langsam – wenn überhaupt - wieder erreicht werden könne. Wenn der Beginn der Wiedereingliederung gelingen würde, dann müsste dies über ein Arbeitstraining mit einem anfänglich sehr niedrigen Pensum (höchstens 10 -20

%) mit sukzessivem Aufbau erfolgen (S. 1). 3.

E. 11

Ziff. 6.2).

Der Beschwerdeführer sollte zudem sein Gewicht normalisieren und ein intensives, aufbauendes Kräftigungsprogramm für die Rumpfmuskulatur befolgen. Auf grund des

erheblichen, organisch nicht begründbaren Schmerzverhaltens sei ein multimodales Schmerzprogramm zu prüfen (S. 12 Ziff. 7).

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 6/68/43-49) führte Dr. L.____ aus, er habe eine Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung des Handlungsvermögens des Beschwerdeführers und den konkreten Abläufen feststellen können (S.

4 Ziff. 3.1).

Die Berufslaufbahn des Beschwerdeführers könne man auch so verstehen, dass es ihm bereits vor dem Unfall nicht gelungen sei, sich arbeitsmässig stabil und auf einem gewissen Niveau zu integrieren, da er ja zwar eine Lehre als Elektro monteur absolviert, aber anschliessend im Bauunternehmen seines Vaters gearbeitet habe. Die Arbeitslosigkeit habe der Beschwerdeführer anfangs bestritten und das negative Arbeitszeugnis in Abrede gestellt. Die Ehefrau gewichte die Leiden des Beschwerdeführers anders als er selber und es würden sich daraus auch Spannungen ergeben, denen er nichts entgegen zu setzen habe. Die ganze Problematik laufe dann auf die Kernfrage hinaus, ob der Beschwerdeführer nicht könne oder nicht wolle. Gemäss den Akten liegen objektivierte körperliche Befunde vor und die Auswirkungen der Befunde auf der psychischen Ebene, das Ausmass der Folgen, könne dennoch nur mit seinen Haltungen und Einstellungen und nicht mit einem psychiatrischen Leiden im engeren, in einem restriktiven Sinne begründet werden. Die psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung liege nicht vor. Der mehrjährige Krankheitsverlauf werde bereits durch die Aktenlage nahegelegt, werde aber durch die chronische Schmerzstörung überlagert, die die Rehabilitationsmassnahmen limitiere, so dass diesem Aspekt kein grösseres Gewicht zugemessen werden dürfe. Der soziale Rückzug, der ohne Zweifel stattgefunden habe, lasse sich aber situativ durchaus überwinden und habe die Wurzel im Phänomen der Symptomausweitung, so dass sich auch hier kein geeignetes Kriterium zur Begründung der Invalidität ableiten lasse. Der innerseelische Verlauf sei tatsächlich ungünstig, in den Folgen aber nicht einfach zu quantifizieren. Das Behandlungsergebnis sei insgesamt wohl unbefriedigend, in Bezug auf die Behandlungsmassnahmen ergäben sich Inkonsistenzen, so dass sich daraus keine Arbeitsunfähigkeit aus dem Fachgebiet der Psychiatrie und in einem restriktiven Sinne ableiten lasse (S. 5 f. Ziff. 5). Es liege damit keine psychiatrische Diagnose, von welcher sich eine Arbeitsunfähigkeit ableiten lasse, vor. Der Beschwerdeführer sei als Kaffeemaschinentechniker tätig gewesen und seine psychische Befindlichkeit verhindere eine solche Tätigkeit nicht, die Überwindung sei zumutbar (S.

7 Ziff. 6.1). 3.14

Dr. med. M.____, Facharzt Allgemeinmedizin FMH, Regionalärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 30. Januar 2012 (Urk. 6/83) aus, das aktuelle MEDAS-Gutachten sei umfassend und schlüssig. Es seien relevante Gesundheitsschäden ausgewiesen in Form von schmerzhaften Einschränkungen an der Lendenwirbelsäule und an der linken Schulter, vor dem Hintergrund einer chronischen Schmerzstörung. Damit sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten, aber verlorenen Tätigkeit als Kaffeemaschinen-Servicetechniker zumindest gefährdet, könne aber rückblickend prozentual nicht mehr genau bestimmt werden. In leidensangepasster leichter wechselbelastender Tätigkeit sei stets eine Restarbeitsfähigkeit von 100% ausgewiesen gewesen (S. 9 oben). 3.15

Im Bericht vom 12. Oktober 2012 (Urk. 3/3) nannte Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Neurologie, folgende Diagnose (S. 1): - chronische Lumbalgie mit Reizsymptomen links, mit Zeichen einer leichten Schädigung der Wurzel L5 links; ohne Hinweise für eine frische Läsion

Die neurologische Untersuchung habe einen unveränderten Befund ergeben. Die angegebenen Sensibilitätsstörungen liessen sich dagegen keinem Segment zuordnen, es werde eine diffuse Hypästhesie am ganzen linken Bein angegeben, ohne erkennbares Muster (S. 2). 4.4.1

Strittig und zu prüfen ist die Verwertbarkeit des MEDAS-Gutachtens zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. 4.2

Das MEDAS-Gutachten beruht auf den erforderlichen rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers umfassend auseinander. Es wurde sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet.

Das MEDAS-Gutachten erfüllt damit die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass – wie nachfolgend im Detail aufzuzeigen ist – für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 4.3

Dr. C.____, behandelnder Hausarzt, und die Ärzte des Spitals D.____ vermögen das MEDAS-Gutachten nicht in Frage zu stellen. Die behandelnden Ärzte des Spitals D.____ (vgl. E.

3.3) haben Befunde erhoben und Diagnosen gestellt, diese aber nicht weiter ausgeführt. Sie attestierten dem Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kaffeemaschinentechniker vom 27. März bis 10. Mai 2009 eine

Arbeitsunfähigkeit von 100%. Dieser Zeitraum fällt offensichtlich mit der stationären Behandlung vom 27. März bis 25. April 2009 zusammen und erklärt damit die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100%. Im Bericht vom 30. November 2009 (vgl. E. 3.4) attestierten sie dem Beschwerdeführer wieder um eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 16. November bis 20. Dezember 2009. Dieser Zeitraum fällt wieder mit der stationären Behandlung vom 16. November bis 30. November 2009 zusammen und erklärt somit die attestierte Arbeitsunfähigkeit.

Auf die Beurteilung des behandelnden Hausarztes Dr. C.____

kann ebenfalls nicht abgestellt werden, da er seine Befunde nicht weiter ausführt.

Grösstenteils übernimmt er

wortwörtlich die Diagnosen der Ärzte des Spitals D.____ (vgl. E. 3.2,

E.

3.5). Mit der Bewertung der rheumatologischen und psychiatrischen Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verlässt Dr. C.____ sein Fachgebiet der Inneren Medizin.

Abgesehen davon rechtfertigt nicht zuletzt seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung seiner Beurteilung (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).
4.4

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat der rheumatologische MEDAS-Gutachter, Dr. K.____, eine vertiefte neurologische Abklärung durchgeführt. Er hat sich eingehend mit den Vorakten auseinandergesetzt, eine am 16. November 2011 fachärztliche Untersuchung vorgenommen und klinische Befunde erhoben (vgl. Urk. 6/68/29-42 Ziff. 1, Ziff. 3). In seiner Beurteilung (vgl. Urk. 6/68/29-42 S. 8 f.

Ziff. 5) begründete er seine Befunde ausführlich und führte aus, der Beschwerdeführer habe trotz in Rückenlage positiver Lasègue-Testung links den Langsitz vollständig und beschwerdefrei einnehmen können. Aufgrund der schmerzbedingten Selbstlimitierung seien die Untersuchungsergebnisse der Prüfung der rohen Kraft nicht schlüssig zu beurteilen, hingegen habe trotz dreijähriger Leidenszeit des Beschwerdeführers keinerlei muskuläre Atrophie im Bereich der unteren Extremitäten festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer sei durch ausgesprochen demonstratives Verhalten aufgefallen. Auf dem Boden eines somatischen Befundes bestehe ein erheblicher funktioneller Überbau, der durch die objektivierbaren Befunde nicht erklärt werden könne. Ein weiteres Argument bezüglich einer zumindest teilweise nicht-nozizeptiven Schmerzursache sei der vollständig therapiefreie Verlauf auf eine Vielzahl adäquater und genügend lang ausgeführter Behandlungsmassnahmen (S. 10 oben).

Es ist richtig, dass Dr. K.____ keine eigenen Röntgenbilder hat anfertigen lassen. In der Gesamtbeurteilung begründeten die MEDAS-Gutachter dies damit, dass sie eine erneute Abklärung mittels bildgebender Verfahren als nicht indiziert erachtet haben (vgl. Urk. 6/68/1-28 S. 20 Ziff. 2.4). Dr. K.____ liest aber alle ihm vorliegenden bildgebenden Untersuchungen in seinem rheumatologischen Teilgutachten auf (vgl. Urk. 6/68/29-42 S. 6 Ziff. 3.2.1).

Der Vorwurf des Beschwerdeführers, dass dem Gutachter nur Röntgenbilder aus dem Jahre 2009 vorgelegen hätten, ist somit nicht zutreffend. Vorhanden waren auch Röntgenbilder aus den Jahren 2010 und 2011. Der Beschwerdeführer wurde vor der ausführlichen MEDAS-Begutachtung durch die Ärzte der Klinik

Z.____

untersucht. Dabei konnten die behandelnden Ärzte aufgrund des MRI der Lendenwirbelsäule vom

6. Oktober 2010 eine mediane Diskusherniation ohne wesentliche Kompression der nervalen Strukturen feststellen. Die Ärzte führten aus, dieser Befund sei im Vergleich zur Voruntersuchung vom Januar 2010 rückläufig, insbesondere die links mediolaterale Komponente (vgl. Urk. 16/7). Anhand des erstellten MRI vom 11. Oktober 2011 konnten die behandelnden Ärzte der Klinik

Z.____

wiederum keine Kompression der nervalen Strukturen feststellen. Median und leicht mediolateral links konnte eine kleine Hernie, allenfalls mit Kontakt zur L5-Wurzel links festgestellt werden (vgl. Urk. 16/4). Den Berichten der Ärzte der Klinik

Z.____ ist jedoch nichts zur Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Der Einwand des Beschwerdeführers, Dr. K.____ habe auf eine bildgebende Verlaufsuntersuchung der Klinik Z.____ vom 11. Oktober 2011 abgestellt, während sich kein entsprechender Bericht in den Akten der Be schwerdegegnerin (Urk. 6) finde (Urk. 1 S. 3), ist gegenstandslos: Im vorliegenden Verfahren wurden die Akten der Klinik

Z.____ (Urk. 16) beigezogen, worin sich auch der Bericht zur Verlaufskontrolle mit Bildbesprechung vom 11.

Oktober 2011 (Urk. 16/4) befindet, und dem Beschwerdeführer hierzu das rechtliche Gehör gewährt (Urk. 24, 26).

Der Einschätzung von Dr. K.____ bezüglich des radikulären Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik kann – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers - damit gefolgt werden. An dieser Einschätzung vermag auch der Bericht von Dr. N.____ (vgl. E. 3.15) nichts zu ändern, da er keine neuen medizinischen Erkenntnisse hervorbringt. Er stellte selber eine leichte Schädigung der Wurzel L5 links ohne Hinweise auf eine frische Läsion fest und ging

zudem von unveränderten Befunden einer früher durchgemachten Läsion der Wurzel 5 links aus. Die angegebene Sensibilitätsstörung liesse sich dagegen keinem Segment zuordnen (Urk. 3/3 S. 2 unten).

4.5

Auch das psychiatrische Teilgutachten gibt zu keinen Beanstandungen Anlass. Dr. L.____ konnte beim Beschwerdeführer keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Dr. L.____ führte aus, dass die Auswirkungen der Befunde auf der psychischen Ebene nicht mit einem psychischen Leiden im engeren Sinne begründet werden könnten (vgl. E.

3.13). Der Beschwerdeführer mache ohne Zweifel depressive Phasen durch und Verstimmungen können auftreten, aber es liege kein durchgängiges Krankheitsgeschehen vor (vgl. Urk. 6/68/43-49 S. 6 oben). Dr. L.____ hat damit in seiner Beurteilung nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, warum beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt. Dies stellt keinen Widerspruch zu den Berichten der

Psychiatrie A.____ dar. Der Beschwerdeführer liess sich seit 29. Dezember 2009 in der Psychiatrie A.____ behandeln,

unter anderem auch teilstationär (vgl. E. 3.8). Die behandelnden Ärzte der Psychiatrie A.____

diagnostizierten beim Beschwerdeführer im März 2010 erstmals eine schwere depressive Episode (vgl. E. 3.6). Bereits ein halbes Jahr später wurde im Bericht der

Psychiatrie A.____ vom 24. September 2010 (vgl. E. 3.8) keine depressive Störung mehr

diagnostiziert, während gemäss Bericht vom 5. Januar 2011 (vgl. E. 3.10) wiederum eine mittelgradige depressive Episode vorlag. Dies zeigt den wechselhaften Verlauf einer

depressiven Störung und ist grundsätzlich nichts Aussergewöhnliches. Das Bundesgericht hat wiederholt festgehalten, dass leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapeutisch angebar gelten (vgl. hier zu etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_176/2011 vom 29. Juni 2011 E. 4.3 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1, je mit Hinweisen).

Sodann ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der durch die behandelnden Ärzte der Psychiatrie A.____

diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden handelt, das in der Regel nicht invalidisierend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2007, I 510/06 E. 6.3). Dies zeigt sich darin, dass die Ärzte der

Psychiatrie A.____

selber davon ausgehen, dass die mittelgradig verminderte Leistungsfähigkeit von 50 % mit medizinischen Massnahmen vermindert und dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne (vgl. E. 3.8, E. 3.10). Diese Einschätzung deckt sich mit dem psychiatrischen Gutachten der Klinik O.____

zuhanden des Krankenversicherers (vgl.

Urk. 6/49),

worin davon ausgegangen wurde, dass durch fokussierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie innerhalb von drei Monaten eine volle Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (S. 12 Ziff. 2a).

Zu beachten ist weiter, die in ständiger Rechtsprechung anerkannte Verschiebenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (vgl. BGE 137 V 210 E.

E. 12

Die Anspruchsvoraussetzungen für eine Invalidenrente (vgl. E.

1.2) sind vorliegend nicht erfüllt und die angefochtene Verfügung erweist sich auch in diesem Punkt als richtig. 5.9

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen ist der Einschätzung im MEDAS-Gutachten zu folgen und der Beschwerdeführer ist in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Der Beschwerdeführer erfüllt zudem bei einem Invaliditätsgrad von 12 %

die Anspruchsvoraussetzungen für eine Invalidenrente nicht.

Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 6.

Der Beschwerdeführer ersuchte mit der Beschwerde vom 5. November 2012 (Urk. 1) um unentgeltliche Prozessführung und unentgeltlichen Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren. Mit Verfügung vom 24. September 2013 (Urk. 23) wurde dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Ursula Sintzel als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt.

In Bewilligung des Gesuchs vom 5. November 2012 wird dem Beschwerdeführer auch die unentgeltliche Prozessführung für das vorliegende Verfahren gewährt. 7.

E. 16

Abs. 4 GSVGer hingewiesen . 3 .

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers , Rechtsanwältin Ursula Sintzel , Zürich, wird mit Fr. 2'454.50 (inklusive Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf §16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Sintzel - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannDisler

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