

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00803 vom 7. Januar 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-01-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00803](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00803)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00803 du 7 janvier 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00803 del 7 gennaio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

März 2010 meldete er sich wegen eines zerviko-brachialen Syndroms, einer Diskusprotrusion C7, Nackenschmerzen sowie Rückenschmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte medizinische Berichte (Urk. 7/7, Urk. 7/19), ein orthopädisches Gutachten (Urk. 7/24) sowie Auszüge aus dem individuellen Konto des Versicherten (IK-Auszüge; Urk. 7/10, Urk. 7/28) ein und zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 7/8-9, Urk. 7/17-18).

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/ 31-78) holte die IV-Stelle weitere medizinische Berichte (Urk. 7/41, Urk. 7/44, Urk. 7/46, Urk. 7/49, Urk. 7/51-52) sowie ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 7/63) ein.

Mit Verfügung vom 19. August 2013 (Urk. 7/103 = Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf eine Rente der Invalidenversicherung.

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

#### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art.

#### **E. 1.3**

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. 1.6**

und Ziff. 1.7).

### **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 19. August 2013 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 13. September 2013 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, diese sei aufzuheben, und es seien ihm ausgehend von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit mit Wirkung ab dem 1. Juli 2010 die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eventuell sei die Sache zur Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2013 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf ihre Abklärungen davon aus, dass kein psychischer Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, der eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöge und deshalb in psychischer Hinsicht nicht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden könne. Es lägen psychosoziale Faktoren vor, welche zu einer Verstärkung der psychischen Symptomatik geführt hätten, jedoch unberücksichtigt bleiben müssten. Die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode sei bei der Begutachtung bereits teilweise remittiert gewesen. Ausserdem handle es sich lediglich um ein vorübergehendes Leiden, womit keine selbständige psychische Komorbidität vorliege. Es lägen ausserdem weder ein mehrjähriger Krankheitsverlauf, noch ein ausgewiesener sozialer Rückzug oder ein primärer Krankheitsgewinn vor. Die chronische Schmerzstörung sowie die daraus resultierende depressive Symptomatik könnten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken. Die Opioidabhängigkeit habe keinen selbständigen Gesundheitsschaden bewirkt.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer hielt dem beschwerdeweise (Urk. 1) entgegen, die Gutachter hätten aufgrund der verabreichten Medikamente keine verlässliche Einschätzung des Gesundheitszustandes und damit auch der Arbeitsfähigkeit vornehmen können. Die Arbeitsfähigkeit könne erst nach der Anpassung der Medikation zuverlässig eingeschätzt werden, die Beschwerdegegnerin habe ihm ja daher eine Schadenminderungspflicht auferlegt. Die Medikation sei nunmehr umgestellt, weshalb nun allenfalls eine ergänzende Begutachtung zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nötig sei. Aus fachärztlicher Sicht gehe klar hervor, dass eine chronische Depression von mittelgradiger Schwere vorliege. Zusammenfassend sei auf das Gutachten, wonach ihm eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, abzustellen, ansonsten sei es zu ergänzen oder eine neue Begutachtung vorzunehmen.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verhält, und auf welche Berichte zur Beantwortung dieser Fragen abzustellen ist. 3.

### **E. 3**

. Dezember 2013

zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Die Ärzte der Y.\_\_\_\_

berichteten mit Austrittsbericht vom 24. Mai 2010 (Urk. 7/19/8-10) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 24. Mai 20

### **E. 3.2**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, berichtete am 10. August 2010 (Urk. 7/19/5-7) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - chronisches zerviko-cephales und thorako-brachiales Schmerzsyndrom beidseits - Diskusprotrusionen und ossäre

Foraminalstenose C3/4 rechts mit zerviko-radikulärem Irritationssyndrom C3 rechts - Wirbelkörperblockierungen und muskuläre Dysbalance im Nacken-Schultergürtelbereich

Sie führte aus, durch den Therapieaufenthalt in der Y.\_\_\_\_ seien die Schmerzen des Beschwerdeführers leichtgradig rückläufig gewesen. Insgesamt sei jedoch mit einem chronischen Schmerzverlauf zu rechnen (S. 2 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei vom 17. Juli 2009 bis zum 12. Dezember 2009 zu 100%, vom 13. Dezember 2009 bis zum 28. Februar 2010 zu 50%, vom 1. März 2010 bis zum 30. April 2010 zu 100%, vom 1. Mai 2010 bis zum 24. Mai 2010 zu 70%, hernach bis zum 21. Juni 2010 zu 100% und seit dem 22. Juni 2010 bis aktuell zu 50% arbeitsunfähig gewesen (S. 2 Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer noch zu 50% zumutbar. Er dürfe jedoch keine Lasten über 10 kg heben und vor allem keine Überkopfarbeiten tätigen. Eine angepasste Tätigkeit ohne das Heben von Lasten und ohne Überkopfarbeiten sei dem Beschwerdeführer wahrscheinlich ebenfalls zu 50% möglich (S. 2 f. Ziff. 1.7).

### **E. 3.3**

Dr. med.

A.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, erstattete ihr orthopädisches Gutachten am 6. Dezember 2010 (Urk. 7/24) gestützt auf die Akten, die Aussagen des Beschwerdeführers sowie die klinische und röntgenologische Untersuchung vom 30. November 2010. Sie nannte folgende Diagnose (S. 12 unten): - zervikales vertebrales Schmerzsyndrom, zur Zeit ohne Hinweis auf Wurzelreizsyndrom bei nachgewiesenem kleinen Bandscheibenvorfall C3/4 und C6/7

Sie führte aus, die Tätigkeit als Marktfahrer sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar wegen der Überkopfarbeiten und dem Heben von schweren Lasten (S. 13 oben). In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100%

arbeitsfähig. Er zeige zurzeit keinen Hinweis auf ein Wurzelreizsyndrom. Die Beschwerden in der Halswirbelsäule seien glaubhaft. Es fänden sich jedoch keine schweren Muskelfunktionsstörungen, so dass ihm seit der Entlassung aus der Y.\_\_\_\_ im Juni 2010 eine ganztägige Tätigkeit durchaus zumutbar sei (S. 13 Mitte).

### **E. 3.4**

Dr. med.

B.\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 27. Dezember 2010 Stellung (Urk. 7/30/4) und führte aus, es sei auf das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ abzustellen. Für die bisherige Tätigkeit bestehe ab Juli 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine angepasste Tätigkeit sei dem

Beschwerdeführer seit Juli 20

### **E. 3.5**

Dr. Z. \_\_\_ berichtete am 10. April 2011 (Urk. 7/41/6-7) . Sie nannte die bekannten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 3.2) und diagnostizierte neu zusätzlich eine schwere depressive Episode seit November 2010 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1). Sie führte aus, seit ihrem letzten Bericht seien die Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich zunehmend (S. 1 Ziff. 1.4). Im Weiteren bestehe eine depressive Symptomatik mit Chronifizierungstendenz

(S. 2 Ziff. 1.4). Als Marktfahrer sei der Beschwerdeführer seit dem 22. Juni 20

### **E. 3.6**

Dr. med. C. \_\_\_ , Orthopädische Chirurgie FMH, erstattete sein orthopädisches Gutachten am 27. April 2011 (Urk. 7/44) gestützt auf die Akten, die Befunde, die Befragung und Untersuchung des Beschwerdeführers sowie die Untersuchungsbefunde. Er nannte folgende Diagnosen (S. 5): - chronifizierte

Zervikobrachialgie beidseits - im MRI nachgewiesene kleine Bandscheibenvorfälle C3/4 und C6/7

Er führte aus, die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden könnten bei der Untersuchung bestätigt und objektiviert werden. Ausserdem bestünden ein Lumbalsyndrom und eine

ausgesprochene langgezogene Hyperkyphose . Aktuell bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Marktfahrer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Hingegen bestehe in einer bestmöglich adaptierten Tätigkeit seit Mitte 2010 eine 80% ige Arbeitsfähigkeit (S. 5 unten). Dem Beschwerdeführer sei eine leichte- bis mittelschwere Tätigkeit, vornehmlich in Wechselbelastung , ohne Überkopparbeiten und ohne Vibrationen, ohne längeres Verharren in vornübergeneigter Haltung und ohne asymmetrische Lasteinwirkung, mit Heben und Tragen von Lasten bis maximal 5 kg pro Seite zumutbar (S. 5 f.). Die 20% ige Arbeitsunfähigkeit sei so gedacht, dass der Beschwerdeführer

vormit tags und nachmittags zusätzliche Pausen machen könne (S. 6) .

### **E. 3.7**

Die Ärzte der D. \_\_\_ berichteten am 1. Juni 2011 (Urk. 7/46) und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - chronifizierte

Zervikobrachialgie beidseits - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - mit Anpassungsstörung (ICD-10 F43.28), sonstigen vorherrschenden Symptomen : Gedankenkreisen, katastrophisierende Ängste, Alexithymie , Schlafstörungen, verminderter Appetit, psychomotorische Unruhe - Differentialdiagnose: depressive Episode

Sie führten aus , der Beschwerdeführer sei durch die Hausärztin Dr. Z. \_\_\_

zur Abklärung zugewiesen worden (S. 2 oben). Der Beschwerdeführer sei bereits im Mai 2009 ambulant an der Poliklinik des D. \_\_\_ psychiatrisch untersucht worden, wobei eine leichte depressive Episode diagnostiziert worden sei (S. 2 unten).

### **E. 3.8**

Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 17. August 2011 (Urk. 7/51/1-2) und nannte folgende Diagnose (S. 1 Ziff. 1.1): - schweres depressives Syndrom, Schmerzstörung, seit 2009 Er führte aus, er behandle den Beschwerdeführer seit Juni 20

### **E. 3.9**

Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 9. November 2011 (Urk. 7/52) und nannte folgende Diagnose (S.1): - mittelschwere Depression, Schmerzstörung, seit 2009

Er führte aus, es sei eine Diagnoseänderung im Verlauf eingetreten. Seit November 20

### **E. 3.10**

Die Ärzte der MEDAS erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 6. Dezember 2012 (Urk. 7/63 /1-27 ) gestützt auf die Akten sowie die eigene Befragung und Untersuchung des Beschwerdeführers vom 30. bis 31. Juli und 2. August 2012. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 4.1): - unerwünschte Arzneimittelwirkungen von verschiedenen Medikamenten bei Verdacht auf Arzneimittelinteraktionen - sekundäre Opioidabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25) - mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - chronifizierte bilaterale Zervikobrachialgien bei ossärer Einengung des Foramens C3/4 rechts mit möglicher Nervenwurzelbeeinträchtigung C4 rechts und intraforaminale

Diskusprotrusion C6/7 rechts mit leichter Nervenwurzelkompression C7 rechts, Intervertebralgelenksarthrosen der unteren Halswirbelsäule - hochsitzende thorakale Hyperkyphose, Status nach thorakalem Morbus Scheuermann und verstärkte lumbale Lordosierung L4 bis S1

Sie führten aus, der Beschwerdeführer habe betreffend seinen Aufenthalt in der Y.\_\_\_\_ angegeben, der zuständige Arzt habe ihn eigentlich zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Er sei daraufhin erschrocken und habe dies mitgeteilt, er wolle es zumindest zu 50 % probieren (S. 13 Mitte). Der Beschwerdeführer gebe weiter an, in letzter Zeit sei es mit seiner Depression tatsächlich viel besser (S. 15 unten).

Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Marktfahrer zu 50 % arbeitsfähig. In einer körperlich leichten bis mittelschweren manuellen Berufstätigkeit, die in Wechselstellungen durchgeführt werden könne, welche nicht mit häufig vorkommender vorübergeneigter Körperhaltung ausgeführt werden müsse und bei der nicht regelmässig oder häufig schwere Gewichte über 10 kg ohne Hilfsmittel gehoben werden müssten, sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (S. 19 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht könne im Moment nicht eindeutig geklärt werden, welche Symptome zur zugrundeliegenden depressiven Störung und welche zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Interaktionen gehörten, daher sei eine verlässliche Einschätzung des anhaltenden Gesundheitsschadens und der Arbeitsfähigkeit aus psychischer

Sicht kaum möglich. Die Arbeitsfähigkeit könne erst nach einer Anpassung der Medikation zuverlässig eingeschätzt werden (Urk. 7/63/38-46 S. 7). Es sei aktuell nicht sicher, welche Medikamente der Beschwerdeführer tatsächlich einnehme. Unter der Annahme,

dass die messbaren Spiegel bedeuteten, dass der Beschwerdeführer

bereits eine angepasste Medikation einnehme, könnte davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand auch bei einer weiteren Optimierung der Medikation nur noch geringfügig ändern würde. Unter diesem Vorbehalt könnte die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auf 60 %

eingeschätzt werden.

Zusammenfassend befanden die Ärzte, sie seien bei der Beurteilung der gesundheitlichen Situation vor allem wegen der Fehlmedikation des Beschwerdeführers vor grosse Herausforderungen gestellt. Es bestehe einerseits eine Opioidabhängigkeit, welche umso einschneidender sei, als überhaupt keine Langzeitindikation für ein Opioid gegeben sei. Sodann komme die Kombination mit den Antidepressiva/Neuroleptika hinzu, welche sehr gefährlich sei und nur bei schwerwiegenden und klar indizierten Fällen vorgenommen werden dürfe. Gemäss

psychiatrischem Gutachter sei diese Medikation absurd und nicht vertretbar

(S. 20). Die Serumspiegelmessungen der Antidepressiva hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer die Antidepressiva allenfalls nicht oder nur sporadisch einnehme.

Theoretisch könnte es jedoch auch sein, dass der Beschwerdeführer aber auch bei Normaldosen keinen Spiegel aufbauen könne. Es könne jedoch

gesagt werden, dass der

Beschwerdeführer nicht unter einer wirksamen antidepressiven Pharmakotherapie stehe respektive keinen wirksamen Spiegel erzeuge. Das Nebenwirkungspotential sei dennoch vorhanden (S. 21 oben).

Der Beschwerdeführer sei als reiner Marktverkäufer ohne schwere Lade- und Aufstellarbeiten und mit gelegentlichem Heben einer schweren Last aktuell zu 60 % arbeitsfähig. In einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit sei der Beschwerdeführer auch zu 60 % arbeitsfähig (S. 25 unten). Es sei denkbar, dass die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit über 60 % hinaus gesteigert werden könne. Aktuell sei es wegen der Komplexität der Situation schwierig, die Arbeitsfähigkeit überhaupt genau einschätzen zu können. Es könne nicht festgelegt werden, ob der jetzt vorliegende Gesundheitsschaden von dauerhafter Natur sei.

Es scheine, dass der Beschwerdeführer die Medikamente nicht regelmässig einnehme. In einer solchen Situation sei meist ein völliger Stopp aller Psychopharmaka notwendig. Dies benötige jedoch wegen Absetzungserscheinungen und zur Überwachung eine sorgfältige Planung und eine längere Zeit, so dass das Absetzen oft stationär vorgenommen werden müsse. Die eingenommenen Antidepressiva seien an sich eine gute Therapie, die Serumspiegel seien vorliegend jedoch unwirksam tief, so dass man die Dosis steigern müsse (S. 26). Die attestierte Arbeitsfähigkeit von 60 % gelte seit dem Jahre 2011 (S. 26 unten).

### **E. 3.11**

RAD-Arzt Dr. B. \_\_\_ nahm am 27. Dezember 2012 Stellung (Urk. 7/75/5) und führte aus, dem Beschwerdeführer sei als medizinische Massnahme die Einnahme der verordneten Medikation aufzuerlegen. Weiter solle in einem halben Jahr eine medizinische Neubeurteilung erfolgen. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit um 20 % erscheine

medizinisch-theoretisch denkbar.

### **E. 3.12**

Dr. E.\_\_\_\_ führte am 23. Mai 2013 ( Urk. 7/83) aus, seit November 2013 (recte: 2011) sei eine kontinuierliche Verschlechterung eingetreten. Aktuell liege ein schweres depressives Syndrom vor mit schwerstem Gedankenkreisen, schwerster Oppressions -Symptomatik und schwersten Schlafstörungen. Der Beschwerdeführer sei hoch suizidal. Das MEDAS-Gutachten sei grundsätzlich sorgfältig verfasst worden, enthalte jedoch kleine Missverständnisse im psychiatrischen Bereich. Er beantrage die Lektüre des Gutachtens.

### **E. 3.13**

Dr. E.\_\_\_\_ berichtete

sodann am 10. Juni 2013 ( Urk. 7/92) und nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte Depression, mittelschweres bis schweres Zustandsbild (ICD-10 F32.2). Betreffend der Substanzen Clozapin und Lithium habe er dem Beschwerdeführer nur zum Probieren kleinst er Dosierungen geraten. Bei sehr kleinen Dosierungen seien selbst verständlich keine Spiegel messbar gewesen (S. 1 oben). Er führte aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit November 20

### **E. 3.14**

RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt Anästhesiologie FMH, nahm am 31. Juli 20

### **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). 1. 4

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 Vorak ten (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). 1. 5

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vor instanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde ( § 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Be gehen überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abge lehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995

ALV Nr. 27 S. 69). Von der Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger zur Gewährung des rechtlichen Gehörs ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann ab zusehen, 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 116 V 182 E. 3c und d; Urteil des Bundesgerichts I 30/00 vom 19. April 2000 E. 3). 2.

### **E. 10**

bis zum 31. Januar 20

### **E. 11**

trotz guter Compliance kontinuierlich verschlechtert habe. Von seinem im Herbst 2011 berichteten kleinen Zwischen-Hoch sei nichts mehr übrig, der Zustand sei kontinuierlich schlechter geworden. Ausserdem seien im Verlauf weitere Probleme wie eine zunehmende Isolation, die finanzielle Knappheit sowie die Kampfscheidung dazugekommen. Dies habe dem Beschwerdeführer so zugesetzt, dass das pathologische Gedankenkreisen mittlerweile chronifiziert sei (S. 1). Die Medikation sei mittlerweile umgestellt worden. Das Absetzen der

durch die Hausärztin verordneten Tramal tropfen

sei versucht worden, jedoch leider nicht gelungen. Der Beschwerdeführer sei hoch suizidal. Im Moment bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nach einer Stabilisierung dürfte längerfristig eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit das Resultat der chronifizierten Symptome sein. Der Beschwerdeführer werde stationär in die F.\_\_\_\_

eintreten und sich dort behandeln lassen (S. 2).

### **E. 13**

Stellung (Urk. 7/102/2) und führte aus, Dr. E.\_\_\_\_ äussere sich nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die Angabe einer hohen Suizidalität ohne den Beschwerdeführer stationär einzuweisen, sei nicht

plausibel und nicht nachvollziehbar. Sein Bericht enthalte die Diagnose einer mittelschweren bis schweren chronifizierten Depression, werde von ihm als Facharzt jedoch als depressive Episode codiert, welche vorübergehend sei. Auch fehle dem Bericht ein nachvollziehbarer Psychostatus, so dass nicht darauf abgestellt werden könne. %1.%2 Dr. E.\_\_\_\_ nahm sodann am 4. September 2013 Stellung (Urk. 7/109) und führte zum Zustandsbild beziehungsweise zum Psychostatus aus, der Beschwerdeführer sei allseits orientiert und erscheine in mehr oder weniger gepflegtem Zustand. Er klage nachvollziehbar über Gedankenkreisen. Auch objektiv sei ein Kreisen um die Gedankengänge feststellbar. Anders als vor zwei Jahren sei der Beschwerdeführer nun zunehmend einsam (S. 1).

Es sei in der ICD-10 nicht möglich, ein statisch-depressives Zustandsbild zu codieren. Es bestehe

jedoch ein chronifiziertes depressives Zustandsbild, dessen Zuordnung aber weder zu den rezidivierenden depressiven Störungen noch als andere Form der depressiven Problematik ohne weiteres möglich sei, dessen Krankheitswert aber ohne Weiteres gegeben sei (S. 2 oben). Unter Umständen könne der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik – wenn die

Rahmenbedingungen nicht stimmen würden – nicht so viel helfen oder sogar schaden. Vor einem Klinikaufenthalt habe es finanzielle und sprachliche Hemmungen wie auch irrationale Ängste gegeben (S. 2).

#### 4. 4.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das MEDAS-Gutachten vom 6. Dezember 2012 ( Urk. 7/63 /1-27 ) in somatischer Hinsicht für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist. Es beruht auf für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers sowie auf einer ausführlichen Anamnese und berücksichtigt die von ihm geklagten Beschwerden sowie sämtliche Befunde in angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung.

Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden - soweit sie den somatischen Gesundheitszustand betreffen - nachvollziehbar begründet. So

begründeten die Gutachter einlässlich und sorgfältig, dass dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht lediglich noch körperlich leichte bis mittelschwere manuelle Berufstätigkeiten, die in Wechselstellungen durchgeführt werden könnten, welche nicht mit häufig vorkommender vorübergehender Körperhaltung ausgeführt werden müssten und bei der nicht regelmässig oder häufig schwere Gewichte über 10 kg ohne Hilfsmittel gehoben werden müssten, zu 100 % zumutbar seien . Die bisher ausgeübte Tätigkeit als Marktfahrer sei ihm noch zu 50 % zumutbar (vgl. vorstehend E. 3.10).

Das Gutachten erfüllt damit die praxismässigen Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Berichts (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand darauf abgestellt werden kann. 4.2

Hingegen lassen sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und insbesondere dessen diesbezügliche Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nur ungenügend beurteilen. So liegen einerseits kontroverse Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vor, andererseits bleibt auch die Diagnosestellung unklar.

Aufgrund der in den medizinischen Berichten genannten codierten Diagnosen müsste grundsätzlich von einem vorübergehenden Leiden beziehungsweise einem Leiden ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. So hielt die Allgemeinmedizinerin und Hausärztin des Beschwerdeführers,

Dr. Z.\_\_\_\_, im April 2011 eine schwere depressive Episode seit November 2010 fest (vgl. vorstehend E. 3.5). Diese Diagnose wurde so von den Ärzten des D.\_\_\_\_ jedoch weder gestellt noch bestätigt (vgl. vorstehend E. 3.7).

Vielmehr berichteten diese im Juni 2011 von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.28). Angaben zur Arbeitsfähigkeit wurden von den Ärzten des D.\_\_\_\_ keine gemacht. Hierzu gilt es zu sagen, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach ICD-10 F45.4 keine eigenständige psychische Komorbidität zu begründen vermag . Ausserdem sind Anpassungsstörungen nach ICD-10 F43.2 zeitlich eng limitiert und die Symptome

halten in der Regel nicht länger als sechs Monate an. Die vorliegende

nach ICD-10 F43.28 codierte Anpassungsstörung bedeutet eine vorwiegende Störung des Sozialverhaltens.

Die bis her genannten Diagnosen sprechen demnach nicht für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden. Aus dem Bericht des D.\_\_\_\_ geht weiter hervor, dass der Beschwerdeführer offenbar bereits im Mai 2009 wegen einer leichten depressiven Episode behandelt wurde.

Der behandelnde Psychiater, Dr. E.\_\_\_\_, diagnostizierte sodann im August 2011 ein schweres depressives Syndrom und eine Schmerzstörung

bestehend seit 2009, ohne jedoch eine Codierung anzugeben (vgl. vorstehend E. 3.8). Er berichtete ausserdem, durch die aktuell aggressiv optimierte antidepressive Therapie sei eine mögliche Verbesserung der momentanen 100%igen Arbeitsunfähigkeit denkbar. In vier Monaten sollte klarer sein, ob eine partielle Wiedereingliederung möglich sei. Rund drei Monate später stellte Dr. E.\_\_\_\_ so dann

tatsächlich eine seit November 2011 eingetretene Verbesserung dahingehend fest, als nunmehr noch eine mittelschwere Depression und eine Schmerzstörung vorlägen (vgl. vorstehend E. 3.9).

Dr. E.\_\_\_\_

gab zwar wiederum keine Codierung an, attestierte dem Beschwerdeführer jedoch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit.

Der MEDAS-Gutachter diagnostizierte unerwünschte Arzneimittelwirkungen von verschiedenen Medikamenten bei Verdacht auf Arzneimittelinteraktionen, eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und berichtete, er habe Mühe, die Arbeitsfähigkeit zu bestimmen (vgl. vorstehend E. 3.10). Es könne im Moment nicht eindeutig geklärt werden, welche Symptome zur zugrundeliegenden depressiven Störung und welche zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Interaktionen gehörten. Ihm sei nicht klar, welche Medikamente der Beschwerdeführer tatsächlich einnehme und ob diese angepasst seien. Die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit durch den MEDAS-Gutachter, wonach eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, erfolgte sodann unter dem Vorbehalt, dass die Medikation des Beschwerdeführers eingestellt sei.

Dr. E.\_\_\_\_

berichtete jedoch im Mai und Juni 2013 (vgl. vorstehend 3.12 und E. 3.13), dass der Beschwerdeführer keine angepasste Medikation erhalten habe, sondern die Substanzen lediglich in kleinsten Dosierungen probiert habe. Die Medikation sei mittlerweile umgestellt worden. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei seit November 2011 kontinuierlich schlechter geworden. Aktuell liege beim Beschwerdeführer eine chronifizierte Depression mit einem mittelschweren bis schweren Zustandsbild (ICD-10 F32.2) vor. Im Moment bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nach einer Stabilisierung dürfte jedoch längerfristig eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit das Resultat der chronifizierten Symptome sein. Anzuführen bleibt, dass die von Dr. E.\_\_\_\_ genannte Codierung einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome entspricht

und eine Episode rechtsprechungsgemäss grundsätzlich vorübergehender Natur und damit nicht invalidisierend ist. Der von Dr. E.\_\_\_\_

im September 2013 zum Zustandsbild und zur Kodierung abgegebenen Stellungnahme (vgl. vorstehend E. 3.15) ist diesbezüglich zu entnehmen, dass es in der ICD-10 nicht möglich sei, ein statisch-depressives Zustandsbild zu codieren. Es liege jedoch ein chronifiziertes depressives Zustandsbild vor. 4.3

Die genannte, sich teilweise widersprechende medizinische Aktenlage lässt eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit nicht zu. Soweit im MEDAS-Gutachten vom Dezember 2012 unter dem Vorbehalt, dass die Medikation des Beschwerdeführers optimal eingestellt sei, aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % attestiert wurde, kann nicht ohne weiteres darauf abgestellt werden, zumal der behandelnde Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ darauf hinwies, dass die Medikation eben gerade nicht eingestellt gewesen sei.

Indem der behandelnde Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ entgegen der angegebenen ICD-Kodierung unentwegt daran festhält, dass ein chronifiziertes Leiden vorliege und auf die Schwierigkeiten bezüglich der Codierung hinweist, ist zumindest fraglich, ob nun einfach von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden kann, wie dies die Beschwerdegegnerin tat. Immerhin wurde die Medikation des Beschwerdeführers nun offenbar geändert und trotzdem sei gemäss Angaben von Dr. E.\_\_\_\_

keine Verbesserung eingetreten. Nach

Aussage des MEDAS-Gutachters wäre hingegen eine höhere

Arbeitsfähigkeit

beziehungsweise allenfalls gar keine Einschränkung anzunehmen, sollten die Symptome des Beschwerdeführers zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen gehören.

Und selbst wenn die Symptome auf die depressive Störung zurückzuführen wären, könnte gemäss MEDAS-Gutachten unter Umständen von einer höheren Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, da die Medikation im Begutachtungszeitpunkt weder angepasst noch eingestellt war.

Erforderlich ist somit eine psychiatrische Gesamtbetrachtung, welche sowohl in Bezug auf die Diagnose als auch auf die Arbeitsfähigkeit nach nunmehr eingestellter Medikation Aufschluss gibt.

4.4

Da sich die vorliegenden Abklärungen für die abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt als unzulänglich erweisen, ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach entsprechen den Abklärungen zum psychischen Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eine Gesamtbeurteilung vornimmt. Dabei soll insbesondere die nunmehr eingestellte Medikation und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Berücksichtigung finden.

Anschliessend wird die IV-Stelle über den Rentenanspruch neu verfügen.

Weitere Ausführungen zu den Einwänden des Beschwerdeführers, insbesondere zur Invaliditätsbemessung, erübrigen sich somit. 4.5

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. August 2013 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 5.5.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Praxisgemäss wird die Rückweisung einem Obsiegen gleichgestellt, womit dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zusteht, die beim praxisgemässen Ansatz von Fr. 200.-- pro Stunde (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. August 2013 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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