

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00141 vom 15. Juni 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00141](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00141)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00141 du 15 juin 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00141 del 15 giugno 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Am 10. November 2008 meldete sich der 1968 geborene und als Hilfsarbeiter erwerbstätig gewesene X.\_\_\_\_ unter Hinweis auf schwere chronische Rückenschmerzen bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/9). Mit Verfügung vom 11. November 2010 (Urk. 8/50) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Wirkung ab 1. November 2007 (rückwirkend) eine halbe, vom 1. Juni 2009 bis 28. Februar 2010 eine befristete ganze und anschliessend wieder eine halbe Rente zu. Mit Urteil IV.2010.01207 vom 31. Mai 2012 (Urk. 8/62) hob das hiesige Gericht in Gutheissung der vom Versicherten erhobenen Beschwerde die rentenzusprenchende Verfügung vom 11. November 2010 auf und wies die Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und anschliessender neuer Verfügung zurück. Daraufhin beauftragte die IV Stelle die über SuisseMED@P zugeteilte MEDAS Z.\_\_\_\_ mit einer polydisziplinären Begutachtung (Gutachten vom 26. April 2013, Urk. 8/74). Nach Durchführung des Vorbescheid verfahrens (Urk. 8/76 ff.) verneinte sie mit Verfügung vom 6. Januar 2014 den Leistungsanspruch

des Versicherten (Urk. 2) .

### **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungsablehnung damit, dass kein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Dem Beschwerdeführer sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur weiterhin zu 100 % zumutbar (Urk. 2).

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass von einer schweren psychischen Störung mit Krankheitswert auszugehen sei, deren willentliche Überwindung ihm mangels Ressourcen nicht zumutbar sei (Urk. 1 S. 7).

### **E. 3.1**

Hinsichtlich der älteren ärztlichen Stellungnahmen kann auf die Zusammenfassungen in den Erwägungen 4.1 bis 4.4 im Urteil IV.2010.01207 des hiesigen Gerichts vom 31. März 2012 (Urk. 8/62) verwiesen werden .

### **E. 3.2**

Im neu eingeholten MEDAS-Gutachten vom 26. April 2013 (Urk. 8/74 /1-41 ) wurden folgende

Diagnosen aus allen Fachgebieten („E. Zusammenfassung [interdisziplinär]“)

gestellt (S. 14 ): Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (angestammte Tätigkeit als Chauffeur) - keine Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - Osteochondrose und Spondylose L4/5 und L5/S1 - klinisch fehlende Hinweise auf aktuelle radikuläre Kompression/Irritation - muskuläre Dysbalance - Psoriasis vulgaris ohne Verdacht auf hiermit assoziierte Arthritiden - Chronisch wiederkehrende Zervikalgien bei diskret beginnenden degenerativen Wirbelveränderungen und angedeuteter Wirbelsäulenfehlstatik - Diskrete Sprunggelenkarthrose rechts - Osteosynthetisch versorgte knöchern fest konsolidierte Fersenbein-Fraktur links - Spreizfuss beidseits mit beginnender Grosszehengrundgelenk-Arthrose links - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig überwiegend leichte Episode, phasenweise mittelgradige Episode mit fraglich psychotischen Symptomen (ICD 10 F33.0/F33.2) - Parädisponierende Persönlichkeit mit dissozialen und emotional instabilen Elementen, Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 F60.3)

Weiter führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe über Schmerzen im lumbalen Bereich mit Ausstrahlungen ins linke Bein und teilweise nach oben bis zum Nackenbereich sowie über Missempfindungen in der Grosszehe links geklagt. Bisweilen trete auch eine Schmerzausstrahlung ins rechte Bein auf. Ausserdem leide er unter Schlafstörungen, manchmal auch unter Kopfschmerzen und Schwindel. Er sei nervös und seine Stimmung sei schlecht. Er höre auch Stimmen. Die Rückenschmerzen seien erstmals 1993, dann wieder 2003 und gehäuft seit 2006 aufgetreten

(S. 7, S. 12, S. 16, S. 21, S. 29, S. 34).

Zum Tagesverlauf habe der Beschwerdeführer angegeben, überwiegend zu Hause zu sein, wegen der Müdigkeit viel zu liegen oder zu schlafen. Teilweise gehe er aber auch etwas spazieren. Manchmal erhalte er Besuch oder gehe zu Kollegen. Er helfe, die Kinder zur Schule und in die Kinderkrippe zu bringen. Im Sommer gehe er öfter an den See.

Den Einkauf mache er mit seiner Frau zusammen. Der Haushalt werde von der Frau geführt (S. 8, S. 17, S. 21, S. 34).

Bei der klinischen Untersuchung der Lendenwirbelsäule durch den neurologischen Gutachter habe der Beschwerdeführer eine eher geringe Druckempfindlichkeit über den Nervenaustrittspunkten, respektive nur eine geringe

Klopfschmerz tief lumbal angegeben. Auch während der gesamten einstündigen Anamnese sei er ruhig unter Vermeidung von Bewegung und mit steif gehaltenem Rücken auf dem Stuhl gesessen. In der Lasègue-Probe habe keine radikuläre Reizsymptomatik ausgelöst werden können (S. 10).

Sodann bemerkte der neurologische Gutachter, aus dem Gutachten von Dr. med. A.\_\_\_\_, Chefarzt an der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des B.\_\_\_\_ (damals Leitender Arzt), vom 2. Juni 2009 (Urk. 8/26; vgl. auch E. 4.3 des Urteils IV.2010.01207) seien MRI-Befunde vom 27. Februar 2007 sowie vom 27. Mai 2009 referiert worden, welche unter anderem eine Diskusprotrusion L5/S1 mediolateral rechts mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts zeigten. Die klinische Symptomatik sei aber auf das linke Bein projiziert angegeben worden. Dr. A.\_\_\_\_ beschreibe in seinem neurologischen Status schon beim Eintreten des Beschwerdeführers ins Sprechzimmer ein groteskes Gangbild mit Schonung des linken Beines, welches abgespreizt werde. Dieses habe in der aktuellen

Untersuchung nicht mehr gesehen werden können. Hin sichtlich der ehemals diffusen Sensibilitätsstörung gebe der Versicherte heute eine Taubheit im Grosszehenbereich links, dem L5-Segment entsprechend, hin gegen eine normale Sensibilität im S1-Segment an. Insgesamt könne man, insbesondere in Korrelation mit den Bildbefunden, die aktuellen Beschwerden des Versicherten nur teilweise nachvollziehen. Objektiv bestehe zwar eine Diskuspathologie in den Etagen L4/5 und L5/S1, jedoch erscheine eine relevante neurokompressive Symptomatik nicht vorzuliegen. Auch sei gemäss der aktuellen Anamnese eine typische radikuläre Schmerzausstrahlung L5 oder S1 segmental nicht beschrieben worden. Eine ältere L5-radikuläre Defizitsymptomatik am Grosszehen scheine, wenn man den heutigen Sensibilitätsbefund heranziehe, jedoch wahrscheinlich (S. 10 f.).

Die Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_, dass er aus rheumatologischer Sicht keine strukturellen Befunde vorfinde, welche eine übliche Tätigkeit verunmöglichten, erscheine korrekt. Die Ausübung der letzten Tätigkeit als Chauffeur sei theoretisch vollumfänglich möglich. Dagegen sei die sehr ausgeprägt erscheinende Beschwielung an Handflächen und Fusssohlen mit dem vom Versicherten angegebenen Tagesprofil nicht vereinbar (S. 11).

Interimistisch liessen sich bei der klinischen Untersuchung keine pathologischen Befunde erheben (S. 19).

Unter Würdigung der dem Dossier zur Verfügung stehenden Vorbefunde und der anamnestischen Angaben sowie der Ergebnisse der Untersuchung des Versicherten sei eine psychiatrisch relevante Problematik frühestens seit 2007 bekannt, gesichert seit Ende 2007, Anfang 2008 (S. 25).

Auch in der psychiatrischen Untersuchung hätten sich deutliche Indizien für demonstrative, teilweise in der Tat grotesk anmutende Verhaltensweisen gezeigt. Es seien Inkonsistenzen aufgetreten. So habe der Beschwerdeführer immer wieder die Meinung vertreten, sich an Sachverhalte nicht zu erinnern. Andererseits habe er diverse Details gut und folgerichtig wiedergeben können. Ausserdem habe er in der Begutachtungssituation prompt und folgerichtig reagieren können. Nichtbeantwortungen seien aus Sicht des Gutachters keinesfalls als Einschränkungen der Konzentration oder des Gedächtnisses zu interpretieren gewesen, sondern vielmehr als Produkt einer gereizten, innerlich abwehrenden, kaum von Kooperation getragenen Grundhaltung, welche am ehesten seiner prädisponierenden, emotional instabilen, dissozialen Persönlichkeitsstruktur geschuldet sein dürfte. Dieses Verhalten bedinge allerdings leider eine Einschränkung des psychiatrischen Erkenntnisgewinnes. Der Beschwerdeführer habe weiter akustische Halluzinationen beschrieben und auf Nachfrage Verfolgungs- sowie Beeinträchtigungserleben bestätigt. Die dargelegten Symptome deckten sich mit den in den Berichten aus dem Jahr 2009 von Dr. med. C.\_\_\_\_, Leitender Arzt beim D.\_\_\_\_ (damals Stv. Oberarzt), dargestellten psychopathologischen Beschreibungen (vgl. Urk. 8/29 und Urk. 8/32; ferner E. 4.4 im Urteil IV.2010.01207). Auf fällig für den Untersucher sei gewesen, dass der Beschwerdeführer während des Vortragens der Symptome keine spürbare emotionale Beteiligung gezeigt habe. Er habe eine depressive Herabgestimmtheit und resignative Haltung sowie Impulsdurchbrüche beschrieben. Bei deren Schilderung sei ein mangelndes Bewusstsein für soziale Normen deutlich geworden (S. 26).

Bezogen auf die angegebene psychisch beeinträchtigende Symptomatik falle eine erhebliche Widersprüchlichkeit zum beschriebenen alltäglichen Funktionsniveau des Beschwerdeführers auf. So liessen sich bei der Schilderung des Alltages keine

hinreichenden Indizien für einen relevanten sozialen Rückzug erkennen. Fraglich bleibe, ob die akustischen Halluzinationen und paranoiden Ideen tatsächlich noch hinreichend ausgeprägt vorhanden seien, oder letztlich nur zweckgebunden Erwähnung fänden. Selbst bei wohlwollender Würdigung der vorgetragenen Symptomatik sei kein handlungsbestimmender, den Lebenserfolg

signifikant einschränkender Charakter der akustischen Halluzinationen vorhanden, was durch das Aktivitätsniveau, welches der Beschwerdeführer bei Nachfrage nach seinem Lebensalltag schildere, gut verdeutlicht werde (S. 26).

Die psychischen Beeinträchtigungen seien bei gegebenen therapeutischen Möglichkeiten unter Aufbringung eines entsprechenden Willens und unter Berücksichtigung der inzwischen moderaten Ausprägung, überwindbar. Voraussetzung sei eine aktive Mitarbeit im therapeutischen Prozess. Aus fachärztlicher Sicht sei die beschriebene depressive Störung in der geschilderten Ausprägung nicht medizinisch invalidisierend. Eine somatoforme Schmerzstörung könne weder hinreichend diagnostiziert, noch hinreichend ausgeschlossen werden, da der Beschwerdeführer hierzu notwendige Angaben, auch bei insistierender Nachfrage, unterlassen habe. Selbst bei Vorhandensein einer somatoformen Störung oder einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren, bestehe kein sozialer Rückzug. Es sei kein primärer Krankheitsgewinn im Sinne eines unlösbaren Konfliktes zu erkennen. Weiterhin bestehe keine anhaltende tiefgreifende Komorbidität, welche nicht unter Ausschöpfung sämtlicher Massnahmen und vor allem beim Vorhandensein einer ausreichenden Motivation überwindbar wäre. Ebenso fehle eine ausgeprägte, permanente, chronische, relevante, körperliche Erkrankung (S. 27).

Aus rheumatologischer Sicht seien die seit 1993 rezidivierenden lumboschialgieformen Schmerzepisoden angesichts der degenerativen Veränderung der Lendenwirbelsäule erklärbar. Bei kernspintomographisch nachgewiesener medianer Diskushernie L4/5 beidseits sowie Diskusprotrusionen L5/S1 medio lateral rechts mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts fänden sich bei der aktuellen Untersuchung klinisch keine Hinweise auf eine aktuelle lumboradikuläre Kompression/Irritation. Die ursprünglich episodisch auftretende Beschwerdesymptomatik habe sich seit zirka 2006 offensichtlich chronifiziert. Seit Jahren bestehe zudem eine chronisch persistierende psychosoziale Problematik. Auffällig sei eine starke Diskrepanz zwischen dem subjektiven, invalidisierenden Beschwerdeausmass und den objektivierbaren Befunden mit entsprechend wenig ausgeprägtem Schaden an der Lendenwirbelsäule. Dieser Umstand, zusammen mit nicht stimmigen Befunden bei der klinischen Untersuchung des Versicherten liessen eine Schmerzverarbeitungsstörung vermuten, die wie die oben erwähnte Schmerzchronifizierung in stärkerem Ausmass mit psychosozialen Faktoren zusammenhängen dürfte. Die Dolenz an der linken Ferse entspreche sehr wahrscheinlich einem mechanisch bedingten Reizzustand durch vorstehenden Schraubenkopf nach Osteosynthese einer Kalkaneusfraktur im 2012. Der klinische und radiologische Befund spreche gegen das Vorliegen einer chronischen Enthesitis respektive einer Sprunggelenkarthritis im Rahmen der Psoriasis. Anamnestisch, klinisch und radiologisch lägen keine Hinweise vor, die eine primär entzündliche Affektion des Achsenskelettes, zum Beispiel im Rahmen der Psoriasis, vermuten liessen (S. 31).

Anlässlich der orthopädischen Untersuchung hätten die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen in der Wirbelsäule, in den Sprunggelenken und im linken Vorfuss nicht durch objektivierbare, pathologische Befunde erklärt werden können. Insbesondere

nicht objektivierbar seien das linksseitige Schonhin k en und die Schmerzen bei m

Betasten der Wirbelsäule, der Sprunggelenke und des linken Fusses. Zu bemerken sei, dass der Beschwerdeführer sich beim Ent kleiden Hosenbein und Strumpf jeweils im sicheren Einbeinstand ausziehe. Hinweise auf das Vorliegen einer radikulären Reizsymptomatik seitens der Wirbelsäule fänden sich bei der aktuellen Begutachtung nicht. Dies stehe im guten Einklang mit den Befunden in den Akten (S. 37).

In der interdisziplinären Beurteilung kamen die MEDAS- Gutachter zum Schluss, dass aufgrund der degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule keine körperlich schweren Arbeiten verrichtet werden könnten. Hingegen sei eine angepasste Tätigkeit in einer leichten bis kurzfristig mittelschweren Arbeit medizinisch-theoretisch zumutbar. Die Gewichtslimite werde bei 15 kg definiert. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen mit nach vorne geneigter oder gebeugter Arbeitshaltung sowie Tätigkeiten in Nässe, Kälte oder Zugluft. Ideal seien Tätig keiten im Wechselrhythmus. D ie zuletzt aus geübte Tätigkeit als Chauffeur sei unter Einhaltung dieser Bedingungen und bei entsprechender Einhaltung rückendisziplin a rischer Massnahmen theoretisch medizinisch vollzeitig

ohne Leistungsminderung zumutbar. Die davor ausgeübte Tätigkeit im Reinigungsteam würde jedoch das Rückenleistungsvermögen überfordern. Die Beschwerden im rechten R u ckfuss seien bei Berücksichtigung des oben genannten Fähigkeits profils und bei Gebrauch geeigneter Schuhe mit Pufferabsatz, genügender Polsterung der Ferse dorsal und in einer festen Sohle ebenfalls nicht relevant

(S. 13 f. ). Auch retrospektiv sei seit 2007 von keiner längerdauernden Arbeits unfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit auszugehen (S. 15).

### **E. 3.3**

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeinmedi zin, nannte im Bericht vom 28. August 2013 (Urk. 8/85 /1 ) folgende Diagnosen: - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei/mit - Diskushernie L4/5 medial links betont mit Duralsackimpression und inter mittierend leichtem sensomotorische m Ausfall L5 und fraglich sensorischem Ausfall S1 links - Diskusprotrusion L5/S1 mediolateral rechts mit rechtsbetonter Spondylarthrose - Psoriasis vulgaris - Rezidivierende depressive Episoden

Weiter führte er aus, das am 10. Juli 2013 durchgeführte aktuelle MRI der Lendenwirbelsäule (Urk. 8/85/2) zeige -

im Vergleich zur Untersuchung am 27. Februar 2007 -

eine leicht progrediente Arthrose L4/5 , rechts auch auf Höhe L5/S1 sowie eine leichte Progredienz der Duralsackquerschnittseinengung und Berührung der Nervenwurzel L5 links. Die Einengung und Tangierung der Nervenwurzel L5 rechts sei gegenüber den Voraufnahmen vom 27.

Februar 2007 stationär. Insgesamt seien die Beschwerde angaben im Verlauf der letzten fünf Jahre korrelierend mit dem MRI-Befund und durchaus nachvollziehbar. Aus seinen klinischen Untersuchungen und dem Verlauf insgesamt entspre chend , unter Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren, sehe er eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % in leicht en bis mittelschweren Tätigkeiten. Eine erneute Beschäftigung als Chauffeur sei aus medizinischer Sicht jedoch nicht sinnvoll.

### **E. 3.4**

Im Bericht der D.\_\_\_\_ vom 3. September 2013 (Urk. 8/86)

übernahmen Dr. C.\_\_\_\_ und Assistenzarzt Dr. med. F.\_\_\_\_ die im MEDAS-Gutachten vom 26. April 2013 gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, phasenweise mittelgradige Episode mit fraglich psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.0 und F33.2). Daneben diagnostizierten sie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, dissozial und emotional instabil (ICD-10 F61.0).

Laut Bericht zeigt sich beim Beschwerdeführer in der Langzeitbeobachtung eine deutlich reduzierte Kontaktfähigkeit. Sämtliche Arbeitsversuche seien auch aufgrund seiner stark eingeschränkten sozialen Umgangsformen und Beziehungsmöglichkeiten gescheitert. Bei den genannten Besuchen handle es sich um Treffen mit Kollegen aus dem gleichen kulturellen Umfeld. Ein sozialer Kontakt mit Austausch und Gespräch scheine wenig möglich zu sein. Dies zeige sich auch in der desolaten Familiensituation. Im Weiteren sei die „reduzierte Motivation“, die Fragen während der Begutachtung ausführlich zu beantworten, nicht einer fehlenden Motivation zuzuordnen, sondern eher strukturellen Defiziten. Die Defizite in Kommunikation, im alltäglichen Umgang und in der Umsetzung geplanter Massnahmen zeigten sich auch regelmässig in der Behandlung. Eine Arbeitsfähigkeit sei aktuell nicht gegeben.

### **E. 3.5**

Vom 25. September bis 31. Oktober 2013 war der Beschwerdeführer in der G.\_\_\_\_ hospitalisiert. Seit dem 4. November 2013 befindet er sich in teilstationärer Behandlung im dortigen Zentrum für Depressionen, Angststörungen und Psychotherapie, Tagesklinik H.\_\_\_\_. Im Bericht vom 13. Januar 2014 (Urk. 3/5)

wurden folgende Diagnosen gestellt: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) - Störendes Osteosynthesematerial bei Status nach perkutaner Schraubenosteosynthese

Calcaneus links vom 12. Juni 2013 bei dislozierter Calcaneusfraktur - Gastroösophageale Refluxbeschwerden

Der freiwillige Eintritt sei auf Zuweisung des ambulanten Behandlers bei einer schweren und anhaltenden depressiven Symptomatik erfolgt. Beim Beschwerdeführer zeige sich eine ausgeprägte depressive Symptomatik, die aktuell als schwer einzuschätzen sei. Das Ausmass der fraglichen psychotischen Symptomatik sei erst im Verlauf ersichtlich geworden. Die depressive Erkrankung habe sich seit 2007 chronifiziert und sei nicht allein auf die Schmerzsymptomatik und die psychosozialen Schwierigkeiten des Beschwerdeführers zurückzuführen. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bedingt durch die affektive Symptomatik und die Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit.

### **E. 4**

.2

Weiter rügt der Beschwerdeführer, die Gutachter hätten seine Angaben, wonach er in der Lage sein solle, normal zu funktionieren, nicht hinterfragt, obwohl sie sein auffälliges Kontaktverhalten während der Begutachtung festgestellt hätten. Deren Beurteilung sei daher weder schlüssig noch nachvollziehbar (Urk. 1 S. 6). Dem ist entgegen, dass der Beschwerdeführer seinen Tagesverlauf gegenüber mehreren Gutachtern weitgehend konstant geschildert hat (Urk. 8/74 S. 8, S. 17, S. 21, S. 34), weshalb kein Grund besteht,

diese Aussagen in Zweifel zu ziehen . Darüber hinaus stellten die Gutachter Hand- und Fussbeschreibungen fest, welche auf ein grösseres Aktivitätsniveau hinweisen . Dass der Beschwerdeführer hauptsächlich Kontakte zu Menschen aus dem gleichen kulturellen Umfeld pflegt (Urk. 8/86; vgl. auch E. 3.4 ), ist

schliesslich kein Hinweis

auf einen sozialen Rückzug .

#### **E. 4.3**

Das MEDAS-Gutachten vom 26. April 2013 erfüllt sämtliche Anforderungen an eine beweistaugliche beziehungsweise beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage : Es beruht auf einer eingehenden neurologischen, psychiatrischen, internistischen, rheumatologischen und orthopädischen Untersuchung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, setzt sich mit diesen und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander was gerade bei den festgestellten Inkonsistenzen von Bedeutung ist und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge sowie in Bezug auf die gezogenen Schlussfolgerungen ein. Die Schlussfolgerungen der Gutachter entsprechen mit Bezug auf die Beurteilung des Zustandes aus somatischer Sicht den medizinischen Vorakten , insbesondere dem Gutachten von Dr. A. \_\_\_ vom 2. Juni 2009 (Urk. 8/26; vgl. auch E. 4.3 des Urteils IV.2010.01207) . Aber auch aus psychiatrischer Sicht wurde die im MEDAS- Gutachten vorgenommene Klassifizierung der depressiven Störung von den behandelnden Dr. C. \_\_\_ und F. \_\_\_ übernommen (Urk. 8/86 ; vgl. auch E. 3.4 ). Mit Bezug auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit dissozial und emotional instabilen Elementen liegen ebenfalls weitgehend übereinstimmende Meinungen vor .

Zu beachten ist allerdings, dass das MEDAS-Gutachten vom 26. April 2013 auf Untersuchungen beruht, welche Ende Januar bis Anfang Februar 2013 durchgeführt wurden. Der Bericht der G. \_\_\_ vom 13. Januar 2014 (Urk. 3/5 ; vgl. auch E. 3.5 ) liefert Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ,

denn der Beschwerdeführer war offenbar vom 25. September 2013 bis 31. Oktober 2013 wegen einer schweren depressiven Episode hospitalisiert .

Zwecks „Einrichtens“ einer Tagesstruktur wird die Behandlung im teilstationären Setting seit 4. November 2013 fortgeführt. Da jedoch die behandelnden Ärzte im Bericht vom 3. September 2013 (Urk. 8/86; vgl. auch E. 3.4) noch von einer leichten bis phasenweise mittelgradigen Episode ausgingen ,

liegt nur eine einstweilige Verschlechterung vor und es kann

unter diesen Umständen im hier massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2014 (noch) nicht von einer länger dauernden schweren depressiven Störung ausgegangen werden (vgl. E. 1.1 und 1.2 des Urteils IV.2010.01207) .

#### **E. 4.4**

Zusammenfassend ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden gestützt auf dem MEDAS-Gutachten vom 26. April 2013 nicht erstellt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist .

#### **E. 5**

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr.

## E. 6

00.-- festszulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hingewiesen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Stiftung Auffangeinrichtung BVG, Zweigstelle Deutschschweiz, Erlenring 2, Postfach 664, 6343 Rotkreuz 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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  
GräubMeier-Wiesner

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