

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00917 vom 7. Februar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00917](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00917)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00917 du 7 février 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00917 del 7 febbraio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1957, war

von 2003 bis 2012

bei der Y.\_\_\_\_ AG als Isoleur tätig (Urk. 6/ 29 ,

Urk. 6/19/51 ).

Unter Hinweis auf Nacken- und Rückenschmerzen meldete er sich am 29. März 2012 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) bei (Urk. 6/19 , Urk. 6/44 ). Am 1. November 2012 wurde eine Arbeitsvermittlung ergebnislos abgeschlossen (Urk. 6/31).

Die IV-Stelle veranlasste bei der MEDAS Z.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten, welches am 27. März 2014 erstattet wurde (Urk. 6/76).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/86-89, Urk. 6/93) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Juli 2015 (Urk. 6/97 = Urk. 2) einen Rentenanspruch.

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu

erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 201

### **E. 1.3**

), hat das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden angepasst. Der Beschwerdeführer machte geltend, dass auf das MEDAS-Gutachten aufgrund dieser Änderung der Rechtsprechung nicht mehr abgestellt werden könne (vgl. vorstehend E.

2.2).

Das MEDAS-Gutachten wurde im März 2014 und demnach vor der Rechtsprechungsänderung von BGE 141 V 281 verfasst. Damit verliert es seinen Beweiswert indes nicht per se. Zu prüfen ist vielmehr, ob das Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt oder nicht (vgl. BGE 141 V 281 E. 8).

Zur Kategorie „funktioneller Schweregrad“ ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer sowohl am Morgen als auch am Nachmittag Zeit draussen

verbringt. Am Morgen geht er in die Migros, ins Restaurant und trifft sich mit Kollegen im Café. Sein Cousin sowie dessen Frau besuchen ihn ab und zu, um ihm im Haushalt zu helfen (Urk. 6/76 S. 19). Zudem hat er ein sehr gutes Verhältnis zu seiner getrennt lebenden Ehefrau und sieht sie regelmässig (S. 46 Ziff. 8.2.1). Schliesslich sind Ferien im M.\_\_\_\_

mit dem Auto dokumentiert (S. 19 Ziff. 3.2). Von einem ausgewiesenen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens kann damit keine Rede sein.

Auffällig sind

zudem das Überbetonen der Schmerz- und depressiven Symptomatik, welche im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung festgestellt worden sind. So stellte die Gutachterin fest, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, alleine zu wohnen sowie kleinere Fahrten mit dem Auto zu machen. Würde das gezeigte Leistungsbild die tatsächliche geistige Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers widerspiegeln, würde eine unabhängige Lebensführung schwerlich möglich und die Fahreignung nicht gegeben sein (vorstehend E. 3.12).

Der Beschwerdeführer liess sich bisher nur einmal stationär behandeln. Aus dem damaligen Bericht der Ärzte der C.\_\_\_\_ ergeben sich Hinweise auf eine eingeschränkte Behandlungsmotivation (vorstehend E. 3.1).

Eine Komorbidität wurde vom psychiatrischen Gutachter

nicht festgestellt (vorstehend E. 3.12). Wie zuvor erwähnt, stellt die diagnostizierte Anpassungsstörung nur ein vorübergehendes Leiden dar.

Der Beschwerdeführer verfügt über diverse Ressourcen (S. 27 Ziff. 5.4.4 . ). Einzig die Flexibilität/Umstellfähigkeit und die Durchhaltefähigkeit sind leicht herabgesetzt. Eventuell leicht herabgesetzt sind die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit.

In Bezug auf den Indikator des sozialen Kontextes (BGE 141 V 281 E. 4.3.3) fällt ins Gewicht, dass sich der Beschwerdeführer zwar als reizbar und aggressiv beschreibt und den Eindruck hat, dass die Leute Abstand von ihm nehmen würden, er aber dennoch über ein soziales Netz

verfügt .

Zusammenfassend spricht der funktionelle Schweregrad des Gesundheitsschadens gegen eine invalidisierende Einschränkung.

Zu prüfen gilt es sodann die Kategorie Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4 und 4.4.1).

Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer über ein soziales Netz verfügt, kein ausgewiesener sozialer Rückzug besteht, er über diverse Ressourcen verfügt, die neuropsychologische Gutachterin ein Überbetonen der Schmerz- und depressiven Symptomatik festgestellt hat, liegt ein sehr inkonsistentes Verhalten vor. Inkonsistentes Verhalten ist, wie erwähnt (vorstehend E. 1.4), ein Indiz dafür, dass die geltend gemachte Einschränkung anders begründet ist als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung.

Bei dieser Sachlage ergeben sich auch unter Berücksichtigung der zu beachtenden Standardindikatoren keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten Diagnosen, weshalb der psychiatrische Gutachter zu Recht keine psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugestanden hat. Angesichts dessen, dass sich die Indikatoren anhand der gutachterlichen Beurteilung genügend beurteilen lassen, drängen sich keine Zusatzfragen auf. 4. 8

Nach dem Gesagten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer seit 2012 in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 5.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 9. September 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 21. Juli 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm ab Januar 2012 eine angemessene Rente zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung, zur Berufserprobung oder zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zurückzuweisen. Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2015 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 19. Oktober 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Mit Verfügung vom 3. November 2015 wurde antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 21. Juli 2015 (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen - insbesondere gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Z. \_\_\_ (Urk. 6/76) - davon aus, dass dem Beschwerdeführer seit Ablauf der einjährigen Wartezeit im Januar 2012 eine - näher umschriebene - behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Gestützt darauf

ermittelte sie einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 12 %.

### **E. 2.2**

Demgegenüber vertrat der Beschwerdeführer aus näher genannten Gründen (Urk. 1 Ziff. 23 ff.) den Standpunkt, dass nicht auf das Gutachten abgestellt werden könne. Seit dem Unfallereignis am 28. Januar 2011 bestehe aus orthopädischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Isoleur und spätestens ab November 2011 zusätzlich eine 50%ige und ab Anfang 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in jeder erdenklichen Tätigkeit. Ihm sei eine volle Rente der Invalidenversicherung (mindestens befristet) zu gewähren, eventuell seien weitergehende Abklärungen, insbesondere seitens der Psychiatrie, eventuell interdisziplinär anzuordnen und subeventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, Eingliederungsmassnahmen durchzuführen.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist somit, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verhält und ob zur Beantwortung dieser Frage auf das Gutachten der MEDAS vom 27. März 2014 (Urk. 6/76) abgestellt werden kann. 3.3.1

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. B.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, C.\_\_\_\_, nannten mit Bericht vom 24. März

2011 (Urk. 6/14/6-14 = Urk. 6/19/228 -236) die folgenden, hier gekürzt angeführten, Diagnosen (S. 1) : - Unfall vom 28. Januar 2011: PW-Heckkollision - Halswirbelsäule n (HWS) - Distorsion - zervikales Syndrom - Adipositas Grad I, BMI 31 kg/m<sup>2</sup>

Es sei insgesamt eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden (S. 3 Mitte). Beim heutigen Assessment habe leider weder für aktive noch für passive Therapiemassnahmen ein Zugang gefunden werden können. Der Patient habe eine schlechte Leistungsbereitschaft gezeigt. Die minimale Belastbarkeit sei nicht erreicht worden. Aus diesen Beobachtungen lasse sich ableiten, dass kein Rehapotential vorhanden sei. Sie würden noch für weitere zwei Monate ambulante Physiotherapie 2-3 Mal pro Woche empfehlen. Zusätzlich würden sie eine ambulante psychotherapeutische Unterstützung empfehlen (S. 3 unten, S. 4 oben) . 3.2

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, nannte mit Bericht vom 31. Oktober 2011 (Urk. 6/19/85-87 = 6/44/7-9) die Diagnose zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei einem Status nach Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule (S. 1) . Aufgrund der massiven Beschwerden könne dem Patienten zurzeit und bis auf Weiteres keine Tätigkeit zugemutet werden (S. 3) . 3.3

Am 11. Januar 2012 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie (Urk. 6/19/44-49). Als Diagnosen nannte er die folgenden (S. 4 f. Ziff. 5): - Auffahrunfall am 28. Januar 2011 mit: - Halswirbelsäulenverletzung, QTF

( Québec Task-Force ) II - Verdacht auf Schädelprellung - erhebliche Symptomausweitung mit ausgeprägtem Schmerzvermeidungs- und Schonverhalten - Tinnitus beidseits - deutliche Osteochondrose C6/7, weniger ausgeprägt C5/6

Der Versicherte habe bei einem Auffahrunfall eine Verletzung der Halswirbelsäule erlitten. Zu bemerken sei hierbei, dass das Delta-V bei maximal 10-15 km/h, also im ungefährlichen

Bereich anzusetzen sei. Bei der heutigen Untersuchung habe der Versicherte zum Teil ein groteskes Beschwerdebild, das sehr inkonstant demonstriert worden sei, gezeigt. Die Kopfdrehung sei kaum möglich, was sich jedoch bei Ablenkung deutlich verbessert habe. Auch werde ein nicht nachvollziehbarer Druckschmerz über den Dornfortsätzen der Wirbelsäule angegeben.

Mittels MRI sowie neurologischer Untersuchung hätten keine strukturelle Schädigung im Bereich der Halswirbelsäule festgestellt werden können. Es bestehe unfallbedingt ab dem 29. Januar 2012 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne jegliche Einschränkung (S. 5). 3.4

Dr. D.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 2. April 2012 (Urk. 6/18) dieselben Diagnosen wie mit Bericht vom 31. Oktober 2011 (vgl. vorstehend E. 3.2; S. 1 Ziff. 1) und führte aus, der Beschwerdeführer sei seit 12. April 2011 als Bauarbeiter zu 100 % arbeitsunfähig. Eine leichte, andersartige berufliche Tätigkeit könne ihm nicht zugemutet werden (S. 2 Ziff. 4 und 6). 3.5

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und praktischer Arzt, führte mit Bericht vom 9. Mai 2012 (Urk. 6/21)

aus, den Beschwerdeführer seit 28. November 2011 zu behandeln und nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f.) : - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F43.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Tinnitus

Aktuell finde alle drei Wochen eine Konsultation statt (S. 5 unten).

Aus isolierter psychiatrischer Sicht bestehe seit 18. November 2011 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 6). 3.6

Dr. D.\_\_\_\_

nannte mit Bericht vom 24. Mai 2012 (Urk. 6/25) dieselben Diagnosen wie mit Berichten vom 31. Oktober 2011 und 2. April 2012 (vgl.

vorstehend E. 3.2 und E. 3.4) und führte aus, in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter sei der Beschwerdeführer zurzeit und bis auf Weiteres auf Grund der vor allem belastungsabhängigen Beschwerden 100 % arbeitsunfähig. In einer, näher umschriebenen, behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht versuchsweise voll arbeitsfähig (S. 5 Ziff. 1.7). 3.7

Dr.

D.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 28. November 2012 (Urk. 6/35) dieselben Diagnosen wie in vorangegangen (vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.4, E. 3.6) und führte aus, aufgrund der massiven Beschwerden mit zervikozepalem Schmerzsyndrom, Begleitschwindel und stark verminderter Belastbarkeit, könne dem Beschwerdeführer zurzeit und bis auf Weiteres keine Tätigkeit zugemutet werden (S. 3.) 3.8

Dr. F.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 31. Januar 2013 (Urk. 6/40) dieselben Diagnosen wie mit Bericht vom 9. Mai 2012 (vgl. vorstehend E. 3.5) und führte aus, aus isolierter psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 5). 3.9

Dr. F.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 18. April 2013 (Urk. 6/46)

die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f.): - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F43.1) - Zustand nach posttraumatische r Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Tinnitus

Die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung hätten sich zurück gebildet (S. 4 Mitte). Aus isolierter psychiatrischer Sicht bestehe wei terhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 6). 3.

## **E. 5**

In Bezug auf mögliche psychische Komorbiditäten verliert eine depressive Problematik nicht bereits wegen einer medizinischen Konnexität zum Schmerz leiden ihre Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Bei Störungen im mittelgradigen Bereich ist indes die invalidisierende Wirkung - weiterhin - besonders sorgfältig zu prüfen. Es darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teil weise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken und wäre damit eine relevante Komorbidität ( BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C\_125/2015 vom 18. November

2015 E. 7.2.1 mit Hinweis und 9C\_168/ 2015 vom 1 3. April 2016 E. 4.2). Auch nach der Praxis änderung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angehbar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten

Krank heitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht ( BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; v gl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember

2015 E. 5 und 9C\_125 /2015 vom 18. November

2015 E. 7.2.1). An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formen kreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bund esgerichtes 9C\_836/2014 vom 23. März

2015 E. 3.1, 9C\_474/2013 vom 20.

Februar

2014 E. 5.4, 9C\_696/2012 vom 19. Juni

2013 E. 4.3.2.1, 9C\_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C\_736/2011 vom 7.

Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C\_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013) hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C\_125/2015 vom 1 8. November 2015 E. 7.2.1 und 9C\_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4 .2 mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiese nermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hin weis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angehbar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den no rmativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise

Genüge getan ( BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3 ). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden ( BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E.

### **E. 5.1**

Zu prüfen bleibt damit die Ermittlung des Invaliditätsgrades anhand eines Einkommensvergleiches.

### **E. 5.2**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Der bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigenden ausgeglichenen Arbeitsmarktlage (Art. 16 ATSG) ist grundsätzlich auch bei der Festsetzung des Validenlohnes Rechnung zu tragen, wobei auf die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C\_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen gestützt auf den Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 6/15), wonach der Beschwerdeführer im Jahr 2010 ein Jahreseinkommen von Fr. 69'225.-- erzielt hat

(Urk. 6/84, Urk. 2). Dies wurde weder bestritten noch gibt es zu Beanstandungen Anlass. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (2010: 2151 Punkte, 2012: 2188 Punkte; [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne) führt dies zu einem Valideneinkommen

von rund Fr. 70'416.-- (Fr. 69'225.-- : 2151 x 2188) . 5.3

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, namentlich 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 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxis gemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

4.2.1 mit Hinweis), wobei 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, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Das Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin auf der Grundlage der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE 2010) und stützte sich dabei auf die Tabelle TA1, alle Branchen, Stufe 4, ab (Urk. 6 / 84 ). Dies ist nicht strittig und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass. Damit ergibt sich für das Jahr 2010 ein Einkommen von Fr. 58'812.-- (Fr. 4'901.-- x 12).

Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung

(2010: 2151 Punkte, 2012: 2188 Punkte; [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne)

sowie der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden ( [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) ; Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) resultiert für das Jahr 2012 ein Invalideneinkommen von rund Fr. 62'366.-- (Fr. 58'812.-- : 40 x 41.7 : 2151 x 2188).

#### **E. 5.4**

Der Vergleich des Invalideneinkommens von rund Fr. 70'416.-- mit dem Invalideneinkommen von rund Fr. 62'366.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 8'050.-- und damit einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von rund 11 %. Bei diesem Ergebnis steht dem Beschwerdeführer keine Rente der Invalidenversicherung zu. 6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht in der angestammten Tätigkeit als Isoleur seit dem 28. Januar 2011 vollständig arbeitsunfähig ist. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit ist er hingegen spätestens seit Ablauf des Wartejahres zu 100 % arbeitsfähig. Bei einem Invaliditätsgrad von rund 11 % steht dem Beschwerdeführer keine Rente der Invalidenversicherung zu. Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Der Beschwerdeführer beantragte subeventuell, die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, Eingliederungsmassnahmen durchzuführen (Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 30 ff.).

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

Der Anspruch auf berufliche Massnahmen bildet vorliegend nicht Anfechtungsgegenstand der Verfügung vom 21. Juli 2015. Insbesondere wurden berufliche Massnahmen im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nicht beantragt, sondern gar vom Beschwerdeführer selber verneint (vgl. Urk. 88 S. 4). Soweit der Beschwerdeführer berufliche Massnahmen (Eingliederungsmassnahmen) verlangt, ist auf die Beschwerde somit nicht einzutreten. Dem Beschwerdeführer steht es frei, bei der Beschwerdegegnerin Eingliederungsmassnahmen

zu beantragen. 8 . 8 .1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 9 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf §

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **E. 10**

Dr. D.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 7. Juni 2013 (Urk. 6/50)

dieselben Diagnosen wie in vorangegangen (vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.4, E. 3. 6.

E. 3.7) und führte aus, seit dem letzten Bericht vom 28. November 2012 hätten sich die objektiven und subjektiven Befunde nicht wesentlich geändert (S. 1). 3.1 1

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. H.\_\_\_\_, I.\_\_\_\_, nannten mit Bericht vom 7. August 2013 (Urk. 6/53/6-7 = Urk. 6/55/1-2) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit/bei einem Status nach einer Halswirbelsäulendistorsion (S. 1 Ziff. 1.1). Da ein bereits deutlich chronifizierter Zustand vorliege, sei wohl auch auf längere Sicht nicht mit einer Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 1). Der Beschwerdeführer sei mit der Depression nicht in der Lage, einem geordneten Arbeitsprozess nachzugehen (S. 2 Ziff. 1.7). 3.1 2

Die Fachpersonen des J.\_\_\_\_ erstatteten am 21. Januar 2014 einen Bericht über eine interdisziplinäre Schmerzbehandlung (Urk. 6/70). Sie nannten folgende, hier gekürzt angeführten, Diagnosen (S. 1): - Status nach einem Auffahrunfall am 28. Januar 2011 - Cataracta

präsenilis rechts, wohl auch links - Tinnitus beidseits - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - gastrooesophageal

reflux

disease (GERD) - Hyperlipidämie - Verdacht auf arterielle Hypertonie - Nierenzyste links - Glukosurie

Zur somatischen und psychiatrischen Konsensbeurteilung führten die Ärzte aus, dass der Beschwerdeführer aus wirbelsäulenchirurgischer und aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 7). 3.1.3

Die Ärzte der MEDAS

Z. \_\_\_ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten vom 27. März 2014 (Urk. 6/76)

nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, psychiatrischen, neuropsychologischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchung.

Die Ärzte nannten in der polydisziplinären Zusammenfassung die folgenden Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 45 Ziff. 8.1.1.): - chronische Cervicocephalgie bei Kopfgelenksstörungen - Arthrose des Atlanto-Axial-Gelenkes

- Status nach einer Halswirbelsäulendistorsion

- Status nach einer Schädelprellung

- Status nach einer Thrombose II. Unterschenkel/Oberschenkel/Becken 11. September 2013 mit/bei - unter Xarelto 20mg einmal pro Tag - aktuell Verdacht auf postthrombotisches Syndrom links

Sodann führten sie die folgenden Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf (S. 45 Ziff. 8.1.2.): - Osteochondrose C4 bis C7 - Unkarthrose C4 bis C5

- Status nach einem Auffahrunfall am 28. Januar 2011 mit/bei

- HWS-Distorsionstrauma - cervicocephales Schmerzsyndrom mit begleitendem Schwindel und Ausstrahlung in die linke obere Extremität sowie Ohrenrauschen beidseits - DSM-IV: 309.9: chronische Anpassungsstörung

- ICD-10 F45.41: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - cataracta

präsenilis rechts, wohl auch links - Status nach Clear Cornea Phacoemulsifikation rechts, mit Implantation einer faltbaren Acryl-Hinterkammerlinse und Kapselspannring am 26. Februar 2013 (K. \_\_\_ 26. Februar 2013) - Auge links Sehstörungen (unklare Sicht, Operation aus finanziellen Gründen nicht möglich) - GERD (gastroesophageal

reflux

disease) - Verdacht auf arterielle Hypertonie - Nierenzyste links

Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer für die Arbeit als Isoleur, die man als mittelschwer bis schwer bezeichnen könne, nicht voll einsetzbar. Ihm seien keine Tätigkeiten, die ein Reklिनieren der Halswirbelsäule oder ständige Drehbewegungen sowie schweres Heben oder Tragen von Lasten über 15kg erfordern, zumutbar. Aus neurologischer Sicht zeige sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Aus allgemein-internistischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Dies aufgrund der chronischen Bein-schmerzen links bei hochgradigem Verdacht auf postthrombotisches Syndrom bei Status nach tiefer 4-Etagenbeinvenenthrombose links mit Verschluss der gesamten tiefen Bein-

und Beckenvenen links bis zur Cavabifurkation. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit uneingeschränkt. Polydisziplinär sei damit die orthopädische und allgemein-internistische Beurteilung führend. Es bestehe keine Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (S. 48 f. Ziff. 9.1.1.).

Aus orthopädischer und allgemein-internistischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum in einer vollständig adaptierten Tätigkeit ab Gutachtenzeitpunkt (13. Februar 2014). Die Leistungsfähigkeit sei in einer adaptierten Tätigkeit weder aus neurologischer noch psychiatrischer Sicht beeinträchtigt. Polydisziplinär sei damit in einer adaptierten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum gegeben, dies ab Gutachtenzeitpunkt (13. Februar 2014; S. 49 Ziff. 9.2.1.).

Der psychiatrische Gutachter führte aus, Symptome einer posttraumatischen Störung hätten sich keine gefunden. Bei der Suche nach depressiven Symptomen hätten sich nur milde Symptome einer leichten Depression, hauptsächlich dysphorische Stimmung, etwas diffuse Schuldgefühle, manchmal Suizidgedanken und Schlafstörungen gefunden. Insgesamt habe der Beschwerdeführer während des Untersuchungsgesprächs mehr eine vorwurfsvolle, fordernde und verbitterte Haltung als eine depressive, resignative oder ängstliche Haltung gezeigt (S. 24 Ziff. 5.3.1.).

Die neuropsychologische Gutachterin führte aus, es bestünde eine deutliche Diskrepanz zwischen der testpsychologisch erhobenen Leistungsfähigkeit und dem Fähigkeitsniveau im Alltag. Der Beschwerdeführer habe angegeben, alleine zu wohnen sowie kleinere Fahrten mit dem Auto zu machen. Würde das gezeigte Leistungsbild die tatsächliche geistige Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers widerspiegeln, würde eine unabhängige Lebensführung schwerlich möglich und die Fahreignung nicht gegeben sein. Aus neuropsychologischer Sicht würden sich aus der Zusammenschau der Verhaltensbeobachtung, des Testprofils und der Ergebnisse der Symptomvalidierung Hinweise für vor allem nicht authentische neuropsychologische Störungen und ein Überbetonen der Schmerz- und depressiven Symptomatik ergeben. Dabei könne nicht geschlossen werden, dass keine kognitiven Einbußen vorlägen. Die Abschätzung eventuell tatsächlich vorhandener Leistungseinbußen sei auf der Grundlage der vorliegenden Testergebnisse jedoch nicht möglich. Weder könnten Art und Ausmass kognitiver Defizite angegeben noch Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit oder die Fahreignung aus neuropsychologischer Sicht beurteilt werden. Mit den in den Akten beschriebenen Diagnosen einer Halswirbelsäulendistorsion und einer mittelgradigen Depression seien die erhobenen IV Minderleistungen nicht zu vereinbaren. Unter Berücksichtigung des Gutachtenkontextes weise das neuropsychologische Profil mit Ergebnissen auf oder sogar unter Zufallsniveau und extrem verlangsamten Reaktionszeiten auf eine bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen hin. Die Ergebnisse der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung seien daher insgesamt als nicht valide einzuschätzen und würden auf eine nicht ausreichende Anstrengungsbereitschaft hindeuten (S. 24 f. Ziff. 5.3.2.).

Im Mai 2012 habe der Psychiater, Herr F.\_\_\_\_, eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom sowie eine generalisierte Angststörung und posttraumatische Belastungsstörung beschrieben. Die Symptome, die im Bericht beschrieben worden seien, seien mit einer mittelgradigen depressiven Störung vereinbar. Ob zusätzlich eine generalisierte Angststörung vorhanden gewesen sei, sei aus den Akten nicht ersichtlich. Eine posttraumatische Belastungsstörung trete gemäss ICD nur nach einem „Ereignis oder

Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“, auf. Der Auffahr unfall, den der Beschwerdeführer erlebt habe, falle nicht darunter, weshalb im Zusammenhang mit diesem Unfall auch nicht von einer posttraumatischen Belastungsstörung zu sprechen sei. Im Bericht des I.\_\_\_\_ vom 7. August 2013 werde erneut die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sowie neu die einer somatoformen Schmerzstörung gestellt. Diese Diagnose werde im Bericht nicht diskutiert. Aus heutiger Sicht scheine diese Diagnose jedoch hinsichtlich der Diskrepanz zwischen den subjektiv empfundenen Beschwerden und dem nachweisbaren somatischen Korrelat und anhand der psychischen Reaktion auf den Unfall und der Unfallfolgen berechtigt zu sein (S. 26 Ziff. 5.4.2.).

Eine Angststörung sei bei der aktuellen Untersuchung nicht mehr nachweisbar gewesen. Die depressive Störung sowie die auffällige Verbitterung und Vorwurfshaltung hätten sich im Anschluss an den Unfall und die daraufhin

empfundene somatischen Beschwerden entwickelt. Am ehesten könnten diese Symptome als eine chronische Anpassungsstörung im Sinne von DSM-IV 309.0 diagnostiziert werden. Im Rahmen dieser chronischen Anpassungsstörung könnten sowohl die depressive Reaktion als auch die anderen Symptome gut verstanden werden (S. 26 Ziff. 5.4.3.).

Eine mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer sei nicht vorhanden. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens sei nicht erwiesen. Von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf könne zwar ausgegangen werden, ein primärer Krankheitsgewinn beziehungsweise Flucht in die Krankheit sei jedoch nicht eindeutig eruierbar. Die Behandlungsergebnisse bezüglich der depressiven Störung seien befriedigend, hinsichtlich der Schmerzempfindung jedoch unbefriedigend. Insgesamt seien die Foerster-Kriterien nicht erfüllt. Aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht sei die leistbare Willensanstrengung deshalb nicht wesentlich herabgesetzt (S. 27 Ziff. 5.4.5).

Die Arbeitsunfähigkeit von 100%, welche am 21. Januar 2014 durch das J.\_\_\_\_, N.\_\_\_\_, attestiert worden sei, sei aufgrund einer angeblich vorhandenen mittelgradigen depressiven Episode attestiert worden. Zusätzlich seien mehrere kognitive Defizite beschrieben worden. Bei der aktuellen Untersuchung wenige Wochen nach der Untersuchung durch das J.\_\_\_\_ seien weder eine mittelgradige depressive Episode noch irgendwelche relevanten kognitiven Defizite festgestellt worden. Deshalb sei aus heutiger Sicht die 100%ige Arbeitsunfähigkeit, die vor wenigen Wochen attestiert worden sei, absolut nicht nachvollziehbar (S. 28 Ziff. 5.10). 3.14

Mit Stellungnahme vom 17. April 2014 (Urk. 6/79) führten die Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ aus, dass die 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ab Gutachtenszeitpunkt datiert worden sei, da eine seriöse Einschätzung aufgrund der Aktenlage in der Zeit davor nicht möglich sei. 3.15

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), empfahl mit Stellungnahme vom 2. Mai 2014 (Urk. 6/85/7), auf das Gutachten der MEDAS abzustellen. Folglich solle ab 28.

Januar 2011 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und ab Gutachtenszeitpunkt vom

### **E. 13**

Februar 2014 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen werden. Für die Zeit ab 28.

Januar 2011 bis 13.

Februar 2014 könne den Akten keine schlüssigen Angaben für die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit entnommen werden. 3.1 6

Die Fachpersonen des J.\_\_\_\_ nannten mit Bericht vom 20. Oktober 2014 (Urk. 6/87) bis auf eine Glukosurie dieselben Diagnosen wie im letzten Bericht vom 21. Januar 2014 (vgl. vorstehend E. 3.12) und führten aus, das Gutachten der MEDAS vom 27. März 2014 sei fehlerhaft. So sei unter anderem das Unfalldatum nicht richtig wiedergegeben worden. Der Unfall sei am 28. Januar 2011 und nicht wie auf S. 19 des Gutachtens behauptet, am 28. Juni 2011 gewesen. Zudem fehle eine aktuelle Anamnese aus psychiatrischer Sicht. Auch jegliche Beschwerdeaufnahme fehle. Da der psychiatrische Gutachter die Symptome gar nicht erfragt habe, würden sich auch keine entsprechenden Diagnosen ergeben. Die ICD-10 Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) seien vollständig erfüllt. Weiter sei der Tagesablauf deutlich beschönigend und offenbar auch wieder nicht vom Psychiater aufgenommen worden. 4. 4. 1

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers stellte die Beschwerdegegnerin - der Stellungnahme des RAD folgend (vorstehend E. 3.15) - auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 27. März 2014 (vorstehend E. 3.1 3 ) ab. Das Gutachten berücksichtigte die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise, wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung durch die Gutachter der MEDAS ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Das Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E.

1. 8 ) vollumfänglich, so dass für die Entscheidung darauf abgestellt werden kann. 4.2

Was den somatischen Zustand betrifft, wurde im Gutachten nachvollziehbar ausgeführt, dass der Beschwerdeführer

an einer chronischen Cervicocephalgie bei Kopfgelenksstörungen und einer Arthrose des Atlanto -Axial-Gelenkes

leidet und seit dem Auffahrunfall am 28. Januar 2011 in seiner angestammten Tätigkeit als Isoleur vollständig arbeitsunfähig ist.

Soweit die behandelnden Ärzte in somatischer Hinsicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit diagnostizierten, vermögen sie das Gutachten nicht in Frage zu stellen. Es gilt zu berücksichtigen, dass das Gericht nach der Rechtsprechung Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den einschlägigen Anforderungen entsprechen, vollen Beweiswert

zuerkennt, solange - wie vorliegend - keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber stehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte - beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E.

4.2) - mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1).

Der orthopädische Gutachter kam in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den vorhandenen Akten und Aufnahme des orthopädischen Status nachvollziehbar zum Schluss, dass zwar die Einsatzfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund des chronifizierten Schmerzzustandes in einem handwerklichen Beruf, wo auch Trittsicherheit, Klettern und Besteigen von Gerüsten erforderlich seien, nicht möglich erscheint, ihm jedoch Tätigkeiten, die kein Reklिनieren der Halswirbelsäule, oder ständige Drehbewegungen, sowie schweres Heben oder Tragen von Lasten über 15

kg erfordern, zumutbar sind (Urk. 6/76 S. 34 Ziff. 6.4.4.). Es liegen keine konkreten Indizien vor, welche gegen die Zuverlässigkeit dieser Expertise sprechen.

Die Beurteilungen der behandelnden Ärzte vermögen das Gutachten umso weniger in Frage zu stellen, als bei der Aufnahme der subjektiven Angaben des Versicherten Auffälligkeiten festgestellt wurden. So drehte der Beschwerdeführer den Kopf zu Beginn nur um 10°, im weiteren Verlauf des Gesprächs, insbesondere bei emotionalen Inhalten, die nichts mit den körperlichen Beschwerden zu tun haben, hat er ein praktisch unauffälliges Drehen des Kopfes um mindestens 30 bis 40°, sehr häufig nach rechts, da der Übersetzer auf seiner rechten Seite sass, gezeigt. Diese natürliche Beweglichkeit blieb bestehen bis praktisch zum Ende der Untersuchung. Als er aufgefordert wurde, den Kopf aktiv zu drehen, konnte er den Kopf erneut nur um 10° nach rechts drehen, unter massivster Schmerzbekundung (Urk. 6/76 S. 18 Ziff. 3). Auch der orthopädische Gutachter stellte eine gewisse Verdeutlichungstendenz der beklagten Nacken- und Beinschmerzen fest (vorstehend E. 3.13). Selbst der behandelnde Rheumatologe des I.\_\_\_\_ stellt e Auffälligkeiten fest. So führte er aus, bei der Prüfung der Halswirbelsäulenbeweglichkeit werde bei kleinsten Rotationsbewegungen direkt gegen gespannt. Ausserhalb der Untersuchungssituation sei jedoch ohne Schmerzgrimmassieren eine un eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit flüssig möglich (Urk. 6/70 S. 5 Mitte).

Im Sinne eines Zwischenfazit ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 4. 3

Der Beschwerdeführer macht geltend, auch aufgrund seiner psychischen Beschwerden nicht mehr arbeitsfähig zu sein (vorstehend E. 2.2). Die Beschwerdegegnerin erachtet ihn indes gestützt auf das MEDAS-Gutachten in einer angepassten Tätigkeit als vollständig

arbeitsfähig (vorstehend E. 2.1) .

4. 4

Dr. F.\_\_\_\_ nannte im Mai 2012 sowie im Januar und April 2013 als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom . Die Fachpersonen des

I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_

diagnostizierten im August 2013 beziehungsweise im Januar 2014 ebenfalls eine mittelgradige depressive Episode .

Hingegen konnte der psychiatrische MEDAS-Gutachter im Februar 2014 nur milde Symptome einer leichten Depression finden. Typische Symptome einer depressiven Kognition oder Affektivität fand er keine . Vielmehr legte er schlüssig dar, dass sich die depressive Störung sowie die auffällige Verbitterung und Vorwurfshaltung im Anschluss an den Unfall und die daraufhin empfundenen somatischen Beschwerden entwickelt haben und diese Symptome am ehesten unter der Diagnose einer chronischen Anpassungsstörung subsumiert werden können.

Wiederum zu berücksichtigen gilt es die auftragsrechtliche Stellung der behandelnden Ärzte und den Umstand, dass das Gericht Gutachten externer Spezialärzte vollen Beweiswert zuerkennt, solange keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vorstehend E. 4.2). Solche Indizien bestehen vorliegend nicht.

Daran vermag auch die vom Beschwerdeführer und von den Fachpersonen des J.\_\_\_\_ geäußerte Kritik am psychiatrischen Teil des MEDAS-Gutachtens (vorstehend E. 2.2 und E. 3.14), insbesondere zum Negieren einer mittelgradigen depressiven Episode, nichts zu ändern.

Der Aussagegehalt des Gutachtens wird weder durch einen Schreibfehler noch dadurch geschmälert, dass bei der Anamnese grundsätzlich auf die eines anderen Gutachters verwiesen wurde. Der psychiatrische Gutachter der MEDAS kam nach sorgfältiger Erhebung des Psychostatus und unter Würdigung der vorhandenen Akten und der neuropsychologischen Untersuchung nachvollziehbar zum Schluss, dass keine mittelgradige depressive Episode vorliegt.

In Bezug auf die gerügte Dauer der psychiatrischen Begutachtung (Urk.1 S. 8 Ziff. 23) ist festzuhalten, dass es für den Aussagegehalt einer ärztlichen Stellungnahme rechtsprechungsgemäss nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.2). Trifft dies - wie hier - zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend.

Selbst wenn davon auszugehen wäre , dass von den behandelnden Ärzten für die Zeit vor der Begutachtung zu Recht eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert wurde, würde es sich nicht um ein therapieresistentes Leiden handeln und wäre somit invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant (vgl. vorstehend E. 1. 5 ), da der psychiatrische Gutachter eine solche nicht mehr feststellen konnte.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht , dass er aufgrund einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zumindest Anspruch auf eine befristete Rente hat (Urk. 1 S. 8 Ziff. 22) , steht dies im Übrigen in Diskrepanz zu seiner Angabe gegenüber der Arbeitslosenkasse des Kantons Zürich , vermittelbar zu sein ,

woraufhin ihm ab 1. Februar 2012 Taggelder der Arbeitslosenkasse ausbezahlt worden sind (vgl. Urk. 6/24) . Damit ist aus psychiatrischer Sicht

auch in der Vergangenheit

keine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen . 4.5

Die von Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte generalisierte Angststörung (ICD-10 F43. 1) konnte vom psychiatrischen Gutachter ebenfalls nicht bestätigt werden. Auch die von Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte posttraumatische Belastungs störung (ICD-10 F43.1) negierte der psychiatrischen Gutachter klar und nachvollziehbar (vorstehend E. 3.12) . 4. 6

Der psychiatrische Gutachter nannte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er eine chronische Anpassungsstörung (DSM-IV: 309.9) und

– in Übereinstimmung mit den Fachpersonen des I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_

- eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) fest (vorstehend E. 3.1 2.

Die Anpassungsstörung stellt definitionsgemäss ein lediglich vorübergehendes Leiden dar beziehungsweise bildet keine hinreichend ausgeprägte Psychopathologie. Vielmehr liegt sie im Grenzbereich dessen, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potenziell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2014 vom 30. April 2014 E.

3.2 mit Hinweis auf das Urteil 9C\_153/2012 vom 15. Oktober 2012 E. 4.3). 4. 7

Nachfolgend zu prüfen ist, ob die diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren invalidisierenden Charakter hat.

Wie erwähnt (vorstehend E.

## **E. 16**

Ab. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hin zuweisen. 8 .2

Mit Gerichtsv erfügung vom 3. November 2015 (Urk. 8) wurde unter anderem auf die Möglichkeit hingewiesen, dem Gericht vor Fällung des Endurteils eine detaillierte Zusammenstellung über den bisherigen Zeitaufwand und die bisher angefallenen Barauslagen einzureichen, und dass im Unterlassungsfall das Gericht die Entschädigung nach Ermessen festsetzt.

Bis dato wurde keine entsprechende Honorarnote eingereicht, weshalb Rechts anwalt Martin Hablützel beim

praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessenweise mit Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen , soweit darauf eingetreten wird . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Martin Hablützel, Zürich, wird mit Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel - 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 Keller

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