

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01263 vom 27. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01263

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01263 du 27 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01263 del 27 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1983, meldete sich erstmals am 27. Dezember 2007 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf einen am 27. Mai 2007 erlittenen Unfall bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/3). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und erteilte mit Schreiben vom 20. Januar 2009 Kostengutsprache für eine Umschulung (Urk. 8/34). Mit Verfügung vom 5. Oktober 2010 hielt die IV-Stelle fest, dass die beruflichen Massnahmen abgeschlossen würden, da auch nach Wiederholung des zweiten Semesters die Bürofachprüfung nicht bestanden wurde - sie übernahmen allerdings rückwirkend die Taggelderleistungen für zwei Tage pro Woche, falls der Versicherte das Bürofachdiplom im Frühjahr 2011 bestehe (Urk. 8/63). Da sich der Versicherte nicht mehr vernehmen liess, schlossen sie die beruflichen Massnahmen mit Schreiben vom 26. Mai 2011 ab (Urk. 8/69).

Mit Vorbescheid vom 27. Juli 2011 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 8/80), wo gegen der Versicherte Einwand erhob (Urk. 8/88; vgl. auch Urk. 8/82; Urk. 8/84).

Die IV-Stelle tätigte weitere Abklärungen und holte

insbesondere das von der zuständigen Unfallversicherung in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Y.____ vom 14. August 2013 ein (Urk. 8/109). Am

1. Juli 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen würden, da er in seiner Selbständigkeit eine Tätigkeit gefunden habe, die seiner gesundheitlichen Situation angepasst sei und er dieser in angemessenem Rahmen anhand des Belastungsprofils nachgehen könne (Urk. 8/137). Mit Verfügung vom 2. November 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie vorbeschrieben ab (Urk. 2).

E. 1.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür (Urk. 2), die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Metzger nicht mehr zumutbar sei. Nach Ablauf der Rekonvaleszenzzeit im Dezember 2007 bestehe für eine leidensangepasste, leichte und vorwiegend sitzende Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Trotz der nicht bestandenen Abschlussprüfung sei erstellt, dass er eine behinderungsangepasste Bürotätigkeit vollumfänglich ausüben könne. Bei der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen resultiere ein Invaliditätsgrad von 1%. Aufgrund der neuen medizinischen Berichte und dem Verlauf seit Erlass des Vorbescheides sei nicht von einer wesentlichen Verschlechterung des

Gesundheitszustandes auszugehen. Die psychischen Einschränkungen, welche heute als remittiert gelten, seien bei der Beurteilung nicht zu berücksichtigen.

E. 1.2

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber im Wesentlichen vor (Urk. 1), dass er in der Zeit von Juli 2011 bis Dezember 2014 aufgrund von psychischen Gründen arbeitsunfähig gewesen sei, was auch aus zahlreichen Arztberichten hervorgehe. So habe die Krankentaggeldversicherung während zwei Jahren bis zum 17. Mai 2013 Taggeldleistungen erbracht und selbst bei Abstützen auf das MEDAS-Gutachten sei von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit bis Mitte April 2013 und sodann von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit mit Steigerung auf 70 % innert sechs Monaten auszugehen.

Die Beschwerdegegnerin habe des Weiteren zu Unrecht die auch für angepasste Arbeiten einschränkende Arthrose des oberen Sprunggelenkes (OSG) nicht berücksichtigt. Aus Sicht des orthopädischen Gutachters der MEDAS sei er auch für angepasste Tätigkeiten als zu 50 % arbeitsunfähig beurteilt worden. Zu prüfen bleibe, wie sich diese orthopädisch begründete Arbeitsunfähigkeit bezogen auf eine angepasste Tätigkeit seit der MEDAS-Abklärung bis heute entwickelt habe.

Ebenfalls sei festzuhalten, dass das Gutachten über zwei Jahre vor Verfügungszeitpunkt erstellt worden sei und es sich vorab auf die Beurteilung der rein unfallkausalen Problematik beschränke, so dass es keine genügende Grundlage für die Beurteilung bilde. Des Weiteren sei es in mehrfacher Hinsicht mangelhaft, so dass es nicht beweiskräftig sei.

Der Beschwerdeführer sei auch - entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin - nicht vollständig beruflich wieder eingegliedert, sondern arbeite in seinem eigenen Unternehmen in einem Pensum von ca. 30 - 40 % . 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 7. Dezember 2015 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihm rückwirkend ab dem 1. Mai 2011 bis zum 28. Februar 2015 eine ganze Rente auszurichten. Für die Zeit ab dem 1. März 2015 sei der Invaliditätsgrad nach Durchführung weiterer Abklärungen neu festzulegen. Eventualiter seien weitere Abklärungen durchzuführen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden 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. 2.2

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. 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 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE

141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 2.3

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

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

E. 2.4

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz 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 Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne

materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). Von der Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger zur Gewährung des rechtlichen Gehörs ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzu sehen, 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 (vgl. zum Ganzen BGE 137 I 195 E. 2.3.2; BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2; BGE 133 I 201 E. 2.2).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine administrative Expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der –

anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE

137 V 210

E. 4.4.1. 4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4, publiziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3) . 3.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen folgendermassen: 3.1

Der Beschwerdeführer wurde am 17./18. Januar 2008 mittels Funktionsorientierter Medizinischer Abklärung im Z.____ untersucht. Die Gutachter notierten folgende Diagnosen (Urk. 8/26/3): • Unfall vom 27.5.2007 (Sturz aus 2 m Höhe in äthylisiertem Zustand) mit - Commotio cerebri - distaler intraartikulärer Tibiafraktur rechts - Doppelpelattenosteosynthese am 5.6.2007 - Zahnschaden und Rissquetschwunde (RQW) am Unterkiefer - aktuell: belastungsabhängige Schmerzen und Bewegungseinschränkung oberes Sprunggelenk (OSG) rechts - konventionell radiologisch 12/07 noch keine sichere Konsolidation, delayed

union möglich - Kopfschmerzen vom Spannungstyp • Subklinische affektpathologische Zeichnung ohne Krankheitswert bei chronischer Schmerz- Problematik • Neurokognitive Minderbelastbarkeit im Rahmen eines chronifizierenden Schmerzsyndroms und durch leistungslimitierende persönlichkeitsbedingte Faktoren bestimmt • Atrophie des Nervus opticus beidseits unklarer Ätiologie

Das arbeitsbezogene relevante Problem sei eine Funktionsstörung des Sprunggelenks mit eingeschränkter Belastbarkeit und Beweglichkeit. Dies habe sich vor allem beim Gehen durch ein vermindertes Abrollen des Fusses in ausser gedrehter Haltung des rechten Beines sowie durch ein konsistentes Entlasten des rechten Fusses in der EFL gezeigt. Zudem sei ein deutliches auf Schmerz und Schonung ausgerichtetes Verhalten beobachtet

worden . Der Beschwerdeführer

habe dadurch nicht bei allen Tests an seine funktionellen körperlichen Limiten herangeführt werden können und habe sich unter Angaben von Schmerzen selbst limitiert . Aufgrund der medizinischen Problematik sei es nachvollziehbar, dass Schmerzen und sicherlich auch eine gewisse Angst vor Schmerzverstärkung unter Belastung und erneuter Wiederverletzung bestünden . Die Ausprägung des Schmerzverhaltens könne im gezeigten Rahmen jedoch nicht vollständig nachvollzogen werden. Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers beurteilten sie als fraglich. Die Belastbarkeit liege allgemein im Bereich einer vorwiegend sitzenden, leichten Arbeit (Urk. 8/26/5).

Aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht sei die angestammte, körperlich schwere, rein stehend und gehend ausgeübte Tätigkeit aufgrund des hohen Arthroserisikos am rechten Sprunggelenk nicht mehr zumutbar. Sie empfahlen eine berufliche Umstellung in eine adaptierte Tätigkeit. Aus fachpsychiatrischer und neurologisch/verhaltensneurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Aufgrund der teilweisen Selbstlimitierung sowie dem noch nicht abgeschlossenen Heilprozess sei eine definitive medizinische Zumutbarkeitsbeurteilung heute noch nicht möglich. Die in der EFL demonstrierte Belastbarkeit sei im körperlich leichten, vorwiegend sitzenden Bereich. Aus prognostischen Überlegungen empfahlen sie eine berufliche Umstellung in eine körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit. Während der Heilphase, d.h. falls spezifische Therapiemaßnahmen durchgeführt würden (z. B. Physiotherapie) empfahlen sie eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 75

%. Nach Abschluss der medizinischen Maßnahmen sollte eine entsprechende Tätigkeit längerfristig ganztags zumutbar sein (Urk. 8/26/6) . 3.2

Dr. med. A.____, Psychotherapie und Psychotherapie FMH, attestierte dem Beschwerdeführer mit Arzzeugnis vom 19. Mai 2011 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit ab dem 19. Mai 2011 bis auf weiteres aufgrund von Krankheit (Urk. 8/75). 3.3

Die Ärzte der Klinik für Neurologie des B.____ notierten in ihrem Bericht vom 6. September 2011 folgende Hauptdiagnosen (Urk. 8/87): - Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz (ICHDII 5.2.1, ICD-10 G44.30) - seit Trauma 2007 - Wahrscheinlicher medikamenten induzierter Kopfschmerz (ICHD-II 8.2.3, ICD-10 G44.410) - seit Unfall 2007 Einnahme von Dafalgan an 8-12 Tagen pro Monat, aktuell täglich - im Verlauf Zunahme der Kopfschmerzen - Cervikozephalisches Schmerzsyndrom seit dem Unfall 2008 - Blockade untere Halswirbelsäule (HWS)

In der Zusammenschau handle es sich mit einem bis auf die muskuloskelettalen Veränderungen cervical unauffälligen klinisch-neurologischen Status und der Anamnese mit einem Kopfschmerz, der keinem primären Kopfschmerztypen zuzuordnen sei , dem Auftreten nach dem Trauma und der ansonsten leeren eigenen und Familien-Anamnese für Kopfschmerzen um einen posttraumatischen Kopfschmerz. Zudem sei aufgrund der regelmässigen Schmerzmittelinnahme 10-15 Tage im Monat seit dem Unfall (aktuell täglich) und der Zunahme der Kopfschmerzen der Verdacht auf einen medikamenteninduzierten Kopfschmerz zu stellen. Sie hätten den Beschwerdeführer über das Vorkommen eines medikamenteninduzierten Kopfschmerzes informiert und empfohlen, die Analgetika nur in Ausnahmefällen einzunehmen. Als schmerzdistanzierendes und

schlafanstossendes Basistherapeutikum sei in erster Linie Amitriptylin zu empfehlen; auch sollte ein Therapie-Versuch mit hochdosiertem Magnesium versucht werden. Sie empfehlen zudem ein aerobes Ausdauertraining (Urk. 8/87/2). 3.4

3.4.1

Die behandelnden Ärzte der C.____ notierten in ihrem Austrittsbericht über die Hospitalisation vom 29. Juli bis zum 9. September 2011 als Diagnosen 1) ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10 F07.2), 2) eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.20) und 3) schädlicher Gebrauch von Alkohol, gegenwärtig abstinent (bei aversiver Medikation mit Antabus, ICD-10 F10.23) (Urk. 8/87/3 ff.).

Der Beschwerdeführer habe sich freiwillig bei depressiver Stimmungslage sowie zunehmenden Impulsdurchbrüchen bei

Status nach Sturz mit Commotio cerebri (differentialdiagnostisch

contusio cerebri, respektive SHT) 05/2007 und aktuell psychosozialer Belastungssituation i. R. seiner Arbeitstätigkeit vor gestellt. Initial sei es zu einer Exazerbation der Impulskontrollstörung mit aggressivem Durchbruch und hier bei Sachbeschädigung gekommen, so dass eine hausinterne Verlegung erforderlich gewesen sei. Der von ihnen hinzugezogene Notfallpsychiater habe hierbei bei Fremdgefährdung einen fürsorglichen Freiheitsentzug aus gestellt. Unter der Medikation mit Valproat als Moodstabilizer sowie Quetiapin zur Augmentation und initial Diazepam sei es zu einer im Verlauf deutlichen Verbesserung der Impulskontrolle sowie auch Ausgleich des Affektes gekommen und die Interaktion habe sich zunehmend komplikationslos gestaltet. In der somatischen Diagnostik habe sich in der zerebralen Bildgebung sowie dem EEG kein Hinweis für eine posttraumatische Parenchymläsion des Cerebrums gefunden. Andererseits habe sich in der neuropsychologischen Testung auf kognitiver Ebene ein antriebsgeminderter, verlangsamter und ablenkbarer Beschwerdeführer mit einer ausgeprägten Konzentrations- und Daueraufmerksamkeitschwäche gezeigt. Dieser Befund weise aus ihrer Sicht zusammen mit den anamnestischen Angaben auf eine Störung medialer orbitofrontaler

Hirnstrukturen hin. Eine motivationale Modulation der neuropsychologischen Testergebnisse

sei jedoch letztendlich ausgeschlossen. Die unauffällige zerebrale Bildgebung sowie das EEG seien durchaus mit dem Ergebnis der neuropsychologischen Testung gut vereinbar, posttraumatische Funktionseinschränkungen müssten durch die zerebrale Bildgebung und Electroencephalographie nicht erfasst werden. Der Beschwerdeführer habe während des stationären Verlaufes deutlich vom interdisziplinären Therapieangebot profitiert. So habe durch Einzel-Physiotherapie zum einen die Beweglichkeit im rechten Sprunggelenk sowie auch die muskuläre Kraft verbessert und letztendlich die Schmerzsymptomatik hierdurch positiv beeinflusst werden können. Der Beschwerdeführer

habe sich im Verlauf weiterhin nach initial regressiven und externalisierenden Tendenzen deutlich eigenverantwortlicher und mit adäquatem Antrieb gezeigt. Sie empfehlen eine weitere ambulante, zunächst tagesklinische psychiatrische Weiterbetreuung, hierzu habe er einen Vorstellungstermin vereinbart. Weiterhin habe er sich um eine ambulante Psychotherapie bemüht und diesbezüglich Vorstellungstermine bei niedergelassenen Psychiatern

vereinbart . Er werde sich ausserdem physiotherapeutisch zur weiteren Therapie in einer Einrichtung am D.____ vorstellen (Urk. 8/87/5).

Syndromal liege eine klinisch apparente Impulskontrollstörung vor. In der Zusammenschau der oben genannten Befunde (neurokognitive Defizite, Verhaltensänderung , depressiv-amotionales Syndrom, chronifizierte Schmerzen) bei fehlenden Hinweisen auf eine vorbestehende klinische relevante psychiatrische Störung sei daher eine organische Persönlichkeitsstörung nach Schädel- Hirn- Trauma zu diagnostizieren. Aufgrund seiner Angaben fänden sich (bei stark eingeschränkten fremdanamnestischen Informationen bezüglich der Zeit vor dem Trauma 2007) keine klaren Hinweise für eine vorbestehende Persönlichkeitsstörung oder eine Impulskontrollstörung dieses Ausmasses, differentialdiagnostisch sollte eine prätraumatische Störung jedoch noch nicht gänzlich verworfen werden (ICD-10 F60.3, F63.8). Der mögliche Einfluss von einem vermutlich deutlich erhöhten Alkoholkonsum in den letzten Jahren, evtl. auch schon vor dem Unfallereignis ,

sei ebenso zu beachten (Urk. 8/87/6) . 3.4.2

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Verlaufsbericht vom 29. Dezember 2011 hielten die Ärzte der C.____ fest, dass sich der Beschwerdeführer am 14. Oktober 2011 nochmals zu einem Beratungstermin zwecks Empfehlung für einen ambulanten Therapeuten gemeldet habe. Zu diesem Zeitpunkt habe es keine Veränderung im Zustandsbild gegeben, so dass die Arbeitsunfähigkeit bis am 30. November 2011 verlängert worden sei. Seither entziehe sich der Verlauf ihrer Kenntnis. Der Beschwerdeführer habe sich gemäss ihrer Empfehlung um eine ambulante Weiterbehandlung bemühen wollen. Er sei vom 29. Juli bis zunächst zum 30. November 2011 vollumfänglich arbeitsunfähig. Eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit mit Wiederherstellung einer Teilarbeitsfähigkeit sei bei kontinuierlicher Behandlung im zeitlichen Rahmen von einigen Monaten möglich (Urk. 8/94). 3.5

Dr. med. E.____ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellten Arztbericht vom 12. März 2012 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 8/99): - Mittelgradige bis schwere depressive Erkrankung (ICD-10 F32.1/32.2): agitierte Depression mit massiven aggressiven Spannungszuständen - Organische Persönlichkeitsstörung mit impulsiven Anteilen nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10 F07.0) - Schädlicher Gebrauch von Alkohol, gegenwärtig abstinent (bei aversiver Medikation mit Antabus , ICD-10 F10.23)

Er behandle den Beschwerdeführer seit dem 22. November 2011, die letzte Kontrolle habe am 12. März 2012 stattgefunden. In seiner aktuellen gesundheitlichen Verfassung sei der Beschwerdeführer vollumfänglich arbeitsunfähig für jede Erwerbstätigkeit und auch nicht in der Lage, eine Umschulung zu absolvieren. Er gehe davon aus, dass sich durch die Behandlung im Laufe eines Jahres der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers soweit verbessern könne, dass eine schrittweise Steigerung der Belastbarkeit und der Leistungsfähigkeit wieder erreichbar sein sollte. Eine Umschulung wäre dann von zentraler Bedeutung, damit er wieder eine berufliche Perspektive bekomme. Der Beschwerdeführer möchte unbedingt so schnell wie möglich wieder arbeiten und eine Umschulung machen. Als Metzger sei er infolge des Unfalles nicht mehr arbeitsfähig (Urk. 8/99). 3.6

Der Beschwerdeführer war vom 23. März bis zum 27. April 2012 erneut in der C.____ hospitalisiert . Im Bericht vom 5. Juni 2012 notierte Dr. med. F.____ , Oberarzt der C.____ ,

folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/102/2; vgl. Austrittsbericht vom 14. Mai 2012, Urk. 8/115): - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, narzisstischen und dissozialen Zügen (ICD-10 F61.0) - Aktenanamnestisch organische Persönlichkeitsstörung bei Status nach Schädel-Hirn-Trauma 2007 (ICD-10 F07.8) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinenter unter Antabus-Therapie (ICD-10 F10.2) - Verdacht auf rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1)

Der Beschwerdeführer sei seit dem 23. März 2012 bis auf weiteres vollumfänglich arbeitsunfähig. Aktuell scheine er vor allen Dingen durch ein depressives Zustandsbild deutlich belastet zu sein. Selbst kleinere Aktivitäten und Aufgaben führten zu ausgeprägten Erschöpfungszuständen. Darüber hinaus sei eine deutliche Rückzugstendenz zu beobachten. Bei der Arbeit wäre er relativ rasch überfordert, wodurch mittelfristig erneut Konflikte mit aggressiven Durchbrüchen entstehen könnten. Grundsätzlich hielten sie es für sinnvoll, erneut Eingliederungsmassnahmen zu veranlassen. In der letzten stationären Behandlung hätten sich keine klaren Hinweise darauf ergeben, dass eine organische Schädigung nach dem Unfall aufgetreten sei. Die beobachteten Defizite liessen sich ebenso gut im Rahmen der Persönlichkeitsstörung oder aber durch die rezidivierende depressive Störung erklären. Dies würde aber auch bedeuten, dass unter einer geeigneten Therapie möglicherweise eine berufliche Leistungsfähigkeit wiederhergestellt und so schliesslich eine Arbeitsfähigkeit erzielt werden könnte (Urk. 8/102/4). 3.7

Der Beschwerdeführer wurde im Auftrag der zuständigen Unfallversicherung in der MEDAS Y. ____

internistisch, neurologisch, neuropsychologisch, psychiatrisch, ophthalmologisch und orthopädisch begutachtet. Im Gutachten vom 14. August 2013 notierten die Gutachter folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

(Urk. 8/109/35): • Residuen nach Sturz zwei Meter tief von einer Mauer am 27.05.2007 - Unfallverletzung en: - Commotio cerebri; distale intraartikuläre Tibiafraktur (AO 43 B3) rechts - Tiefe RQW am Unterkiefer-Vestibulum und an der Unterlippe enoral

- Verletzungen an mehreren Zähnen - Operationen: - Doppelplattenosteosynthese distale Tibia rechts am 5. 6.2007 - Entfernung des Osteosynthesematerials am 22.09.2008 - Unfallfolgen: - Mittelschwere posttraumatische Arthrose des OSG rechts - Chronische Kopfschmerzen, wahrscheinlich multifaktorieller

Art - Mögliche Unfallfolgen in Diskussion, mangels Kooperation nicht belegbar: Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung/Verdacht auf organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma • Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) • Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10

F45.41)

• Auffälliges Verhalten: - Nicht-Kooperation, Verweigerung von Abklärungen / Verdacht auf Verschleierung/Ausspielen der Gutachter - Wahrscheinliche Opioidabhängigkeit (Tramadol) - Verdacht auf

Alkoholabhängigkeit, eventuell andere Drogen?

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert hielten sie 1) eine

Schielamblyopie bei Esotropie rechts, leichte Hyperopie beidseits und 2) einen Nikotinabusus

fest. Sie erhoben des Weiteren einen Status nach Appendektomie im Alter von etwa 20 Jahren und einen Status nach Hämorrhoidenoperation zirka 2002 als Nebenfunde.

Die begutachtenden Ärzte konstatierten zusammenfassend, dass der Beschwerdeführer mit seiner etablierten, doch deutlichen posttraumatischen OSG-Arthrose rechts, unfallbedingt, aus orthopädischer Sicht nicht mehr im stehend-gehenden Beruf des Metzgers weiterarbeiten können. Im Vordergrund der Massnahmen stehe jetzt zunächst die optimale Schuhversorgung durch ein Paar

orthopädischer Schuhe mit Sohlenversteifung, zurückversetzter Abrollrampe und mit Pufferabsätzen, kombiniert mit Schuheinlagen und mit zusätzlich stabilisierendem, hohem Schaft. Es müsse abgewartet werden, wie diese orthopädische Schuhversorgung helfe. Vorerst sei er im kaufmännischen Bereich zu 50 % arbeitsfähig, die Arbeitsfähigkeit könne dann bei gutem Verlauf langsam und stufenweise gesteigert werden. Falls die alleinige Schuhversorgung nach einem halben Jahr nicht den gewünschten schmerzlindernden Effekt bringe, müsse die Arthrodeese des oberen Sprunggelenkes ins Auge gefasst werden. Gemäss allgemeiner Erwartung sei es so, dass auf lange Sicht gesehen mit einer vollen Arbeitsfähigkeit in einem kaufmännisch-administrativen Beruf zu rechnen sei (Urk. 8/109/33 ff.).

Aus neurologischer Sicht könne keine organ-neurologische Schädigung diagnostiziert werden. Der Beschwerdeführer habe sich beim Unfall vom 25. Juli 2007 zweifellos ein Schädel-Hirn-Trauma zugezogen, wobei neben einem passageren Bewusstseinsverlust keine sicheren neurologischen Ausfälle hätten festgestellt werden können. Weder im initial vorgenommenen Schädel-CT noch bei den gemäss Akten total drei Verlaufs-MRI habe eine morphologisch fassbare traumatologische Veränderung nachgewiesen werden können. Der Beschwerdeführer habe ja auch offenbar die Aufnahmeprüfung für die Handelsschule bestanden, so dass nicht mit einer Hirnschädigung zu rechnen sei. Aus reiner neurologischer Optik könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden.

Der begutachtende Augenarzt bestätige den stark reduzierten Visus des rechten Auges. Es handle sich aber um einen Vorzustand vor dem Unfall im Sinne einer Schielamblyopie / Esotropie. Es sei unklar, warum der Beschwerdeführer die Einschränkungen erst nach dem Unfall realisiert habe. Dies könne darauf beruhen, dass er früher über eine hohe Kompensationsfähigkeit verfüge und seine Einschränkungen habe „überspielen“ können.

Bei der Untersuchung durch die Neuropsychologin habe der Beschwerdeführer nicht kooperiert und eine Abklärung aktiv behindert. Dies werde auch belegt durch einen Symptomvalidierungstest (dieser Test sei so angelegt, dass geistig Behinderte hier bei guter Kooperation gute Resultate erreichen, Nichtkooperierende aber schlecht abschneiden).

Der psychiatrische Gutachter diagnostiziere eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung und den Verdacht auf ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma. Der federführende Gutachter

habe mit dem Psychiater eingehende Diskussionen geführt. Der federführende Gutachter habe attestieren müssen: Ja, es könne sein, dass der Beschwerdeführer depressiv sei; er zeige ja diverse Symptome einer Depression. Für den federführenden Gutachter seien aber die klaren Fakten der Manipulation und Nicht-Kooperation eindeutig; Depressive verhielten sich nicht so. Der federführende Gutachter müsse attestieren, dass der Beschwerdeführer an einer Depression leiden könnte, aber er habe hier auch eine „Bring-Schuld“ - es liege an ihm, zu kooperieren, damit man wirklich reale Fakten habe, auf denen man basieren könne. Der federführende Gutachter habe dem Psychiater auch gesagt, er sei nicht bereit, beim Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Der begutachtende Psychiater habe die Arbeitsunfähigkeit einschätzungsweise etwas höher als 30 % eingeschätzt - mit anderen Worten, der Beschwerdeführer wäre in den Bereich einer Teilrente gelangt. Dies habe der federführende Gutachter bei diesem Verhalten nicht akzeptiert und mit dem Psychiater eine erneute Besprechung geführt. So sei die Arbeitsunfähigkeit mit 30 % festgesetzt worden um ein Signal zu setzen, dass der Beschwerdeführer eine Depression haben könnte, dass man aber auf keinen Fall hier in Richtung einer Berentung gehen dürfe, bevor er überhaupt kooperiere (Urk. 8/109/34).

In der erlernten und vor dem Unfall vom 27. Mai 2007 ausgeübten Tätigkeit als Metzger, vor allem als Akkordmetzger, sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit im kaufmännischen Bereich könnten sie aktuell noch nicht festlegen, teilweise wegen der Nichtkooperation des Beschwerdeführers. Der orthopädische Gutachter lege die Arbeitsfähigkeit im kaufmännischen Bereich mit 50 % fest, während der Anpassungszeit von orthopädischen Schuhen. Bei guter Anpassung könne die Arbeitsfähigkeit stufenweise um etwa 10 % gesteigert werden, im Allgemeinen nach solchen Verletzungen/bei solchen Einschränkungen auf 100 % . Der begutachtende Psychiater attestiere aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 70 % . Der Beschwerdeführer sei also im Sinne von Eingliederungsmassnahmen arbeitsfähig/eingliederungsfähig (Urk. 8/109/35 f.).

In Bezug auf den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit im kaufmännischen Bereich sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer von 2009 bis 2011 „offiziell“ in einer Eingliederungsmassnahme gewesen sei; er habe ein Eingliederungstaggeld bezogen und gemäss seinen Angaben voll gearbeitet, allerdings nicht im Sinne der Eingliederung, sondern als Butler und dies international; hier habe er auch als Chauffeur gearbeitet und Hausarbeiten/Betreuung des Kindes ausgeübt. Somit sei der Beschwerdeführer in dieser Zeit voll arbeitsfähig gewesen. Aktuell bestünden noch Einschränkungen aus orthopädischer (50 % , rasch steigerungsfähig) und psychiatrischer Sicht (30 %). Der Beschwerdeführer dürfte etwa in einem halben Jahr zu 70 % arbeitsfähig sein, wonach auch hier gemäss Beurteilung des begutachtenden Psychiaters eine Steigerungsoption bestehe (Urk. 8/109/36). 3.8

Dr. med. G.____, Oberarzt im Fuss-Team der H.____, hielt in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 18. Dezember 2013 als Diagnose eine fortgeschrittene posttraumatische OSG-Arthrose rechts bei Status nach distaler intraartikulärer Tibiafraktur rechts fest (Urk. 8/118/5 f.). Der Beschwerdeführer berichte, die orthopädischen Serienschuhe brächten eine geringe Besserung der Beschwerden beim Laufen oder längeren Stehen. Jedoch seien die Schuhe nach ca. 10 Tagen kaputt gegangen, die Sohle habe sich gelöst. Im Anschluss an die Sprechstunde werde dies behoben. Sie seien der Meinung, dass eine OSG- Arthrodeese, solange die Beschwerden noch einiger massen tragbar seien und insbesondere die orthopädischen Serienschuhe eine Besserung der

Beschwerden begünstigten, herausgezögert werden sollte. 3.9

Med. pract . I. ___ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, notierte in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 27. Januar 2014 aus psychiatrischer Sicht 1) eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), bestehend seit ca. 2010, differentialdiagnostisch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen (ICD-10 F62.0); 2) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11), bestehend seit ca. 2010 und 3) akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), bestehend seit der Jugend (Urk. 8/119) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vermerkte er einen Status nach Alkohol- und Cannabismissbrauch (Alkoholmissbrauch 2009 bis 2011, Cannabis konsumiert seit Sommer 2013).

Er behandle den Beschwerdeführer seit August 2012 bis auf weiteres. Als Metzger sei er seit Behandlungsaufnahme bis auf weiteres vollumfänglich arbeits unfähig. Es sei noch nicht absehbar, ab wann und in welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei. Eventuell sei eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft möglich. Eine Ausbildung sei erwünscht, eventuell bleibe die Leistungsfähigkeit (psychisch) reduziert. Eine Verbesserung durch eine psychische Stabilisierung sei zu erwarten . 3.10

Dr. med. J. ___ , Leiter Schmerzambulatorium IFA des B. ___ , stellte in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 19. November 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/127): - Gemischt nozizeptive neuropathische Schmerzen OSG recht mit/bei: - Status nach distaler Tibiafraktur 2007 - Chronische Kopfschmerzen - Sekundäre Gelenkprobleme bei chronischer Fehlbelastung - Knie rechts - Lumbalwirbelsäule - Halswirbelsäule

Dr. J. ___ konstatierte, der Beschwerdeführer sei durch die Schmerzen eingeschränkt, äusserte sich allerdings nicht weiter zur prozentualen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und einer allenfalls angepassten Tätigkeit. 3.11

Dr. K. ___ hielt in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 12. Dezember 2014 fest, dass sich die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) leicht abgeschwächt habe, indem die Flashbacks und Alpträume weniger oft auftraten, während Abgestumpftheit und Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen nach wie vor bestünden. Zu Bedrohungsgefühlen mit Aggressivität aufgrund erhöhter Schreckhaftigkeit sei es nicht mehr gekommen. In Bezug auf die mittelgradige Depression hätten wichtige Beobachtungen gemacht werden können: Während der Beschwerdeführer in der ersten Jahreshälfte 2014 weiterhin eine mittelgradige depressive Episode aufgewiesen habe, sei es nach der Umstellung der Schmerzmedikation von Tramal auf Targin (ein stärkeres Opioid) zunächst zu einer deutlichen Aufhellung der Stimmung gekommen. Dadurch sei er in der Lage gewesen, eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen. Wenn er dann jeweils zu viel gearbeitet habe (d.h. z.B. mehrere Stunden lang eine stehende Tätigkeit verrichtet habe), seien die Schmerzen wieder sehr stark geworden , wodurch er jeweils in einen mehrere Tage dauernden schwer depressiven Zustand mit vollständiger Antriebslosigkeit geraten sei (er sei nur noch herumgessenen, habe teilweise nicht mehr gegessen und sei phasenweise auch nicht mehr ansprechbar gewesen), der sich jeweils mit dem Rückgang der Schmerzen langsam wieder gebessert habe (Urk. 8/128/2).

Gegenwärtig finde eine ambulante, stützend-begleitende psychiatrische Therapie inkl. Psychopharmakotherapie statt. Künftig sei er weiterhin psychiatrisch bis zum Abschluss der

beruflichen Wiedereingliederung zu begleiten, wobei inzwischen die psychiatrischen Konsultationen noch alle vier Wochen erfolgten.

Zur Arbeitsfähigkeit in seinem angestammten Beruf als Metzger sei an zu fügen, dass ihm vom Anwalt des Beschwerdeführers mitgeteilt worden sei, dass er die Information erhalten habe, dass er

den Beschwerdeführer mit seinem letzten Arztbericht vom Januar 2014 in seinem angestammten Beruf zu 100 % aus psychiatrischen Gründen krankgeschrieben habe. Das stimme so nicht. Wenn der Beschwerdeführer körperlich in der Lage wäre, als Metzger zu arbeiten, könnte er dies aus psychischer Sicht sofort tun (es würde ihm umgehend psychisch massiv besser gehen). Er sei demnach aus körperlichen Gründen (OSG- Arthrose, chron. Kopfschmerzen) auf dem angestammten Beruf zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei diesbezüglich auf die Einschätzung von Dr. G. ___ von der H. ___ zu verweisen. In Bezug auf angepasste Tätigkeiten seien aber die Einschränkungen auch psychischer Natur.

In einer angepassten Tätigkeit bestche aufgrund der PTSD und der depressiven Symptomatik eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, wobei aber auch die somatischen Beschwerden relevant seien. Als die Schmerzen im rechten Fuss durch den Medikamentenwechsel abgenommen hätten, habe der Beschwerdeführer in Eigeninitiative den beruflichen Wiedereinstieg versucht. Er habe für einen Bekannten Gartenarbeiten durchgeführt, was mit Pausen recht gut gelungen sei, aber auch zu einer Schmerzzunahme geführt habe. Aus purer Verzweiflung über seine finanzielle Situation habe er dann bei einem Security-Service in der Verkehrsregelung zu arbeiten begonnen. Bereits nach einer Stunde stehender Tätigkeit seien die Schmerzen sehr massiv gewesen, er habe aber weiter durchgehalten; dies habe zu den oben beschriebenen tagelangen schweren depressiven Krisen mit extrem starken Schmerzen im Fuss geführt. Aus seiner ärztlichen Sicht seien daher nur sitzende Tätigkeiten möglich, da er dabei erst nach etwa 4

Stunden heftig Schmerzen entwickle. In Anbetracht seines psychischen Zustandes sei ein Arbeitsversuch bzw. eine Abklärung betreffend mögliche Tätigkeiten (z.B. in der Einrichtung L. ___) jederzeit durchführbar. Welche Tätigkeit der Beschwerdeführer schliesslich mit welchem Pensum ausüben könne, lasse

sich ein es Erachtens nicht vorhersagen (Urk. 8/128/3). 4. 4.1

Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 14. August 2013 lässt keine genügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im zeitlichen Verlauf zu: Die begutachtenden Ärzte hielten diesbezüglich zusammenfassend fest, dass die Arbeitsunfähigkeit als Metzger seit dem Unfallereignis vom 27. Mai 2007 bestehe. Zur Arbeitsfähigkeit im kaufmännischen Bereich führten sie aus, dass der Beschwerdeführer von 2009 bis 2011 „offiziell“ in einer Eingliederungsmassnahme gestanden und in dieser Zeit als voll arbeitsfähig einzuschätzen sei. Aktuell bestünden noch Einschränkungen aus orthopädischer Sicht (50 %, rasch steigerungsfähig) und Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht (30 %). Der Beschwerdeführer dürfte in etwa einem halben Jahr 70 % arbeitsfähig sein, wonach auch hier gemäss Beurteilung des Psychiaters eine Steigerungsoption bestehe (Urk. 8/109/36).

Damit bleibt allerdings,

insbesondere aus psychiatrischer Sicht, unklar (vgl. Urk. 8/109/ 77 ff.), ob und allenfalls in welchem Pensum dem Beschwerdeführer zwischen der Eingliederungsmassnahme und der Begutachtung die Ausübung einer angepassten Tätigkeit zuzumuten gewesen wäre.

Hinzu kommt, dass die psychiatrische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten gemäss Angaben des federführenden Gutachters durch den Psychiater etwas höher als die attestierten 30 % festgesetzt worden wären - der federführende Gutachter habe dies allerdings nicht akzeptieren können, da der Beschwerdeführer in den Bereich einer Teilrente gelangt wäre und ein Signal habe gesetzt werden müssen, dass der Beschwerdeführer zwar eine Depression haben könnte, man aber auf keinen Fall in Richtung einer Berentung gehen dürfe, bevor er überhaupt kooperiere (Urk. 8/109/34). 4.2

Auch gestützt auf die weiteren im Recht liegenden Arztberichte lässt sich die Arbeitsfähigkeit insbesondere aus psychiatrischer Sicht für die Jahre 2011 bis zur Begutachtung nicht abschliessend beurteilen: 4.2.1

Die erste psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit wurde - gestützt auf die im Recht liegenden Akten - von Dr. A. ___ ab dem 19. Mai 2011 bis auf weiteres attestiert (E. 3.2; vgl. Urk. 8/75). Vom 29. Juli bis zum 9. September 2011 war der Beschwerdeführer erstmals in der C. ___ hospitalisiert und die behandelnden Ärzte attestierten damals eine über die Hospitalisation hinaus gehende vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. November

2011

danach entzog sich der Verlauf ihrer Kenntnis (Urk. 8/94). Anschliessend wurde der Beschwerdeführer von Dr. E. ___ behandelt, welcher in seinem Bericht vom 12. März 2012 eine durchgehende, vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit seit dem 29. Juli 2011 bis auf weiteres attestierte (E. 3.5, vgl. Urk. 8/99/2). Vom 28. April bis zum 30. Mai 2012 befand sich der Beschwerdeführer erneut stationär in der C. ___ in Behandlung (vgl. E. 3.6; Urk. 8/102) und die behandelnden Ärzte attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 23. März 2012 bis auf weiteres (E. 3.6).

Dr. A. ___ begründete die attestierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit nicht weiter, womit seine Einschätzung nicht nachvollziehbar ist (E. 3.2).

Die behandelnden Ärzte der C. ___ attestierten jeweils für die Dauer der stationären Aufenthalte bzw. kurz darüber hinaus eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.4 und E. 3.6). Nach dem zweiten stationären Aufenthalt vom 23. März bis zum 27. April 2012 wurde er weiterhin bis zum 30. Mai 2012 ambulant in der C. ___ betreut und die Ärzte attestierten ihm eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit vom 23. März 2012 bis auf weiteres. Damit lässt sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gestützt auf die Berichte der C. ___ jeweils nur für kurze Zeiträume beurteilen.

Auch Dr. E. ___ behandelte den Beschwerdeführer nur während eines kurzen Zeitraumes. Dabei ging er noch davon aus, dass der Beschwerdeführer unter einer organischen Persönlichkeitsstörung leide, was allerdings von den behandelnden Ärzten der C. ___ im Folgenden stationären Aufenthalt vom 23. März bis zum 27. April 2012 und dem psychiatrischen Gutachter in Frage gestellt wurde (vgl.

E. 3.6 und E. 3.7 sowie Urk. 8/109/79). 4.2.2

Ab August 2012 befand sich der Beschwerdeführer bei Dr. I. ___ in psychiatrischer Behandlung, welcher in seinem Bericht vom 27. Januar 2014 noch konstatierte, dass die Aufnahme einer behinderungsangepassten Tätigkeit noch nicht absehbar sei. Am 12. Dezember 2014 führte er aus, dass eine 50-100%ige Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer Abklärung und bei sitzender Tätigkeit bestehe (E. 3.9 und 3.11). Im Rahmen dieser

Einschätzung berücksichtigte Dr. I.____ insbesondere die subjektiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers infolge seines somatischen Gesundheitsschadens, so führte er aus, dass seines Erachtens nur sitzende Tätigkeiten möglich seien, da der Beschwerdeführer beim Sitzen erst nach etwa 4 Stunden heftige Schmerzen entwickle (Urk. 8/128/3; vgl. hierzu auch Urk. 8/147 [Urk. 3/5]).

Entsprechend ist davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeitseinschätzungen von Dr. I.____ insbesondere die subjektiv geklagten Beschwerden massgeblich mitberücksichtigten - inwieweit dies objektiv bzw. aus somatischer Sicht nachvollziehbar ist, ist in Frage zu stellen.

Im Übrigen erfolgte seit der polydisziplinären Begutachtung im August 2013 keine fachärztliche orthopädische Beurteilung mehr, so dass unklar bleibt, ob die prognostizierte Steigerung der damals aktuell 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit tatsächlich erfolgte.

4.2.3

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür, dass seit dem Erlass des Vorbescheids vom 27. Juli 2011 (Urk. 8/80) keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei und nach wie vor aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vorliege und die psychischen Einschränkungen, welche heute als remittiert gelten, nicht zu berücksichtigen seien (Urk. 2).

Dies ist nach dem Gesagten insbesondere im zeitlichen Verlauf nicht schlüssig und nachvollziehbar. 4.3

Zusammenfassend weist die Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt, wesentliche Lücken auf. Die Sache ist daher an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie den Gesundheitszustand, insbesondere auch im zeitlichen Verlauf,

und die entsprechende Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit in geeigneter Weise korrekt abklärt - wobei der Beschwerdeführer gegebenenfalls auf seine Mitwirkungspflicht hinzuweisen ist - und anschliessend über den Leistungsanspruch neu verfügt. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

5.1

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.

E. 7

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-149), was dem Beschwerdeführer am 25. Januar 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

E. 8

00 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessent schädigung von Fr. 2 ' 000 .-- (inkl. Barauslagen und MWSSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstSchwegler

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