

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00165 vom 30. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00165

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00165 du 30 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00165 del 30 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1980 geborene und an zwei verschiedenen Stellen als Hauswart erwerbstätig gewesene X.____ meldete sich am 11. Juli 2012 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf verschiedene Knochenbrüche sowie auf die Exzision eines benignen Tumors thorakal und eine Depression zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2) .

Daraufhin führte die IV-Stelle Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht durch . Insbesondere beauftragte sie die über SuisseMED@P zugeteilte (Urk. 7/41) MEDAS Y.____ GmbH mit einer polydisziplinären Abklärung (Gutachten vom 8. Dezember 2014, Urk. 7/52/

1-25). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/55 ff.) verneinte sie mit Verfügung vom 15. Dezember 2015 den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

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). 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. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgrmass 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. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

E. 1.4

Die Wartezeit im Sinne Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich in diesem Sinne gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AHI 1998 S. 124 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts I 10/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.1.1 in fine mit Hinweisen). Unter relevanter Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmung ist eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen. Das heisst, es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitsgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Mit anderen Worten: Die Leistungseinbusse muss in aller Regel dem seinerzeitigen Arbeitgeber aufgefallen sein. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit genügt nicht. Umgekehrt ist eine in der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zu einer gesunden Person tatsächlich nur reduziert erbrachte Leistung für sich allein gesehen in aller Regel ebenso wenig ausreichend für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_204/2012 vom 19. Juli 2012

E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Artikel 28 Abs. 1 lit. b IVG liegt gemäss Art. 29 ter

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war. 1.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 1. Februar 2016 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Aufhebung der Verfügung vom 15. Dezember 2015, Festlegung des Invaliditätsgrades unter Einbezug der psychischen Gesundheitsbeschwerden und Ausrichtung der ihm gesetzlich zustehenden Leistungen. Eventualiter beantragte der Beschwerdeführer die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur ergänzenden Abklärung und Neuverfügung. Da neben ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 1. März 2016 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneint den Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit der Begründung, dass das Wartejahr nicht erfüllt sei. Vom 15. Juni 2013 bis 20. März 2014 sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt gewesen. Ab 21. März 2014 habe sich sein Gesundheitszustand jedoch soweit verbessert, dass er seiner Tätigkeit als Hauswart/Lagerist wieder vollschichtig abgehen könne (Urk. 2 S. 1).

E. 2.2

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf dem Standpunkt, weiterhin arbeitsunfähig zu sein. Insbesondere bemängelte er die Nichtberücksichtigung der psychischen Gesundheitsbeschwerden und die fehlende Abklärung der Beckenprobleme, die am 5. Februar 2016 operativ angegangen wurden (Urk. 1 S. 3 f.). Aufgrund der Erkrankung fehlten ihm die Schlüsselfunktionen, um auf dem primären Arbeitsmarkt zu reüssieren (Urk. 1 S. 5). 3. 3.1

Am 14. März 2012 trat der Beschwerdeführer ins Zentrum A.____ der Z.____ zur stationären Entzugsbehandlung ein. Infolge positiven Kokaintests wurde er am 21. März 2012 jedoch vorzeitig aus der Behandlung entlassen (Bericht vom 22. März 2012, Urk. 7/17/6-8).

Vom 28. März bis 4. Mai 2012 hielt sich der Beschwerdeführer erneut im Zentrum A.____ zum Alkohol- und Kokaintzug auf. Im Bericht vom 8. Mai 2012 an den Krankentaggeldversicherer (Urk. 7/15/22-23) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Störungen durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F14.20) - Störungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20) - St. n. benigner Tumorexstirpation am 07.03.12

Für die Zeit des Klinikaufenthaltes attestierten die berichtenden Ärzte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und wiesen auf die geplante Arbeitswiederaufnahme mit voller Arbeitsfähigkeit per 1. August 2012 ev. bereits 1. Juli 2012 hin. 3.2

Die weitere ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wurde von der B.____, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen, übernommen. Im Bericht vom

25. Oktober 2012

(Urk. 7/18) wurden folgende psychiatrische n

Diagnosen genannt: - Vd . a. ADHS/einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) - DD e motional-instabile Persönlichkeitsstörung i mpulsiver Typ (ICD-10 F60.30) - Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Kokainabhängigkeitssyndrom, ggw . abstinent (ICD-10 F14.20)

Die Behandlung bestehe in ein- bis zweimal wöchentlichen psychotherapeutischen Gesprächen und zweimal

wöchentlicher Urinkontrolle auf Kokain. Eine Therapie mit Psychopharmaka werde vom Beschwerdeführer derzeit nicht gewünscht.

Sodann wurde dem Beschwerdeführer bis 31. Oktober 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Ab 1. November 2012 wurde die Arbeitsfähigkeit als Hauswart auf wahrscheinlich 50 % geschätzt (Ziff. 1.6) . Es bestünden eine instabile Stimmungslage sowie eine Neigung zu emotionalen Ausbrü chen und Schwierigkeiten, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren und konsekutiv wiederkehrend Konflikte. Insgesamt bestehe aus psychiatrischer Sicht eine reduzierte Belastbarkeit. Aufgrund von mangelnden Selbstregulationsfähigkeiten könne es zu Überlastung und damit verbundenen Impuls durchbrüchen sowie gegebenenfalls längerfristig zu einer erneuten psychischen Dekompensation kommen. Ferner sei davon auszugehen, dass die Störung der Impulskontrolle die Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten erschweren könnte. Konzentrationsvermögen und Anpassungsfähigkeit seien leicht, die Belastbarkeit mittelgradig eingeschränkt (Ziff. 1.7) .

Weiter führten die berichtenden Ärzte aus, ein Pensum von 60 % ab November 2012 erscheine aktuell als realistisch. Eine Steigerung auf 80 % im Laufe des Jahres 2013 sei gut denkbar. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sei nicht abzusehen (Ziff. 1.8-9) . 3.3

In dem zuhanden des Krankentaggeldversicherers verfassten psychiatrischen Gutachten vom 14. November 2012 (Urk. 7/20/2-17) stellte Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen (S. 15) : - Anpassungsstörung mit sonstigen näher bezeichneten vorwiegenden Symptomen (ICD-10 F43.28) vorwiegend somatoformer, emotional-instabiler sowie neurasthenischer Ausrichtung - Kokain- und Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20/F14. 20)

Laut Gutachten gab der Beschwerdeführer an, sämtliche Medikamente (Seroquel , Zoloft und Temesta) bei Bedarf einzunehmen, ohne die Dosierung zu beachten (S. 10).

Aufgrund der an der Untersuchung noch spürbaren emotionalen Labilität empfahl Dr. C.____

die umgehende Aufnahme einer tagesklinischen Behandlung. Diese Massnahme leitete er mit Einwilligung des Beschwerdeführers sofort ein (S. 14 f.). Während der auf drei Monate geschätzten Dauer der tagesklinischen Behandlung attestierte er ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit . Danach schätzte er die Arbeitsfähigkeit auf 100 % ein (S . 15 f.). 3.4

Am 25. Juli 2013 berichteten die behandelnden Ärzte der B.____, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (Urk. 7/30) , der Beschwerdeführer habe sich von Mai bis Oktober 2012 in ambulanter Behandlung befunden. Zu Beginn sei er zuverlässig zu den Gesprächsterminen erschienen, habe therapeutische Hausaufgaben erledigt und unaufgefordert

zirka zweimal wöchentlich Urinkontrollen abgegeben, die seine Abstinenz in Bezug auf Kokain bestätigt hätten. Im Oktober 2012 sei aufgrund einer Verschlechterung des psychischen Zustandes mit zunehmenden Stimmungsschwankungen und Impulskontrollstörungen die tagesklinische Behandlung zur Therapieintensivierung eingeleitet worden. Zu Beginn habe der Patient sehr profitieren können. Im November 2012 sei es jedoch infolge vermehrter Zukunftsängsten bei finanziellen Schwierigkeiten und zunehmenden Eheproblemen zu einer rapiden, nach einem Kokainrückfall es kalierenden Verschlechterung seines Befindens mit ausgeprägten Stimmungsschwankungen, Impulsdurchbrüchen, vegetativen Anspannungs- und somatischen Symptomen wie Schwächegefühle und Schwindel gekommen. Nach einer krisenhaften Zuspitzung Ende des Jahres 2012 sei der Beschwerdeführer am 15. Januar 2013 für einen elektiven psychotherapeutischen Aufenthalt in die Klinik

D.____ eingetreten. Nachdem dort die Situation aufgrund fremdgefährdender Momente eskaliert sei, habe der Beschwerdeführer zwischenzeitlich auf die geschlossene Station verlegt werden müssen. Nach der Entlassung im Februar 2013 habe sich eine klinische Besserung gezeigt, die jedoch nur kurzzeitig andauert habe. Der Beschwerdeführer leide weiterhin unter massiver innerer Anspannung, die wiederholt in Selbstverletzungen münde. Weiterhin bestünden Panikattacken und Herzklopfen, Schlafstörungen, depressive Stimmungslage, Ängste und Suizidgedanken. Einen weiteren stationären Aufenthalt habe er jedoch abgelehnt. Vor diesem Hintergrund sei eine engmaschige Therapie in der Tagesklinik geplant gewesen, die jedoch vom Patienten nicht eingehalten werden können. Im Juni 2013 sei es in seinem Heimatland zu einem schweren Autounfall mit multiplen Frakturen gekommen (S. 2).

Weiter wurden im Bericht folgende Diagnosen gestellt (S. 1) : - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung impulsiver Typ (ICD-10 F60.30), seit jungem Erwachsenenalter - Mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1), seit ca. Herbst 2011 - Kokainabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F14) - St.n . Verkehrsunfall 06/2013 mit eigenanamnestisch multiplen Frakturen

Längerfristig gingen die behandelnden Ärzte von einer guten Prognose in Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung aus. Sie bemerkten aber, dass dabei die emotional-instabile Problematik weiter fortbestehen werde. Der Beschwerdeführer verfüge aber über gute Ressourcen, um einen Umgang mit den Symptomen zu erlernen. Bei Kooperation und Durchführung einer suffizienten antidepressiven Therapie erscheine eine mittelfristig deutliche Verbesserung des psychischen Zustandsbildes wahrscheinlich (S. 2). Gestützt darauf attestierten die Klinikärzte eine seit Mai 2012 fortdauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3). Eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei noch nicht exakt absehbar. Sie hänge auch von der Schwere und der Bewältigung des Verkehrsunfalles ab (S. 4). Das Konzentrationsvermögen sei deutlich, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit dagegen mittelgradig eingeschränkt (S. 6). 3.5

Nach dem am 15. Juni 2013 im Ausland erlittenen Verkehrsunfall wurde der Beschwerdeführer am 21. Juni 2013 repatriert und im E.____, Klinik für Unfallchirurgie, stationär weiter behandelt. Im Bericht vom 18. Februar 2014 (Urk. 7/34/6-11) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1) : 1. Acetabulumfraktur Typ Transvers /Hinterwand rechts vom 15.06.2013 - offene Reposition und Plattenosteosynthese der Hinterwand Acetabulum rechts (Kocher- Langenbeck -Zug ang, 9-Loch Rekostahlplatte 3,5 mm) am 01.07.2013 2. Femoroacetabuläres

Impingement

bds . 3. Patellalängsfraktur rechts vom 15.06.2013 - Wundexzision Knie und proximaler Unterschenkel, offene Reposition und Schraubenosteosynthese Patella links (40 und 42 mm kanülierte 3,5 mm Schrauben) am 01.07.2013 4. Mehrfragmentäre Spiralfaktur proximale Phalanx Dig . III Hand links vom 15.06.2013 - offene Reposition sowie Platten- und Schraubenosteosynthese Grund phalanx Mittelfinger links (1,5 mm, Compact Hand) am 25.06.2013 5. Schwellungsbedingte Re- Urethrastriktor - Urethrale

Meatotomie nach Otis am 01.10.2012 bei peniler Struktur - Urethrabougierung bis Charr . 20 am 24.08.2012 bei peniler Struktur - Traumatische DK-Einlage bei Alkoholintox . 04/2012 in G.____

E. 5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1.

E. 5.1

Es bleibt zu prüfen, wie sich die nunmehr auf eine den somatischen Beschwerden angepasste Tätigkeit eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

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

E. 5.2

Der Beschwerdeführer verlor 2012 seine beiden Stellen als Hauswart. Gemäss Angaben der Arbeitgeberin H.____ AG wurde die vollzeitliche Anstellung als Hauswart wegen Veruntreuung beziehungsweise Diebstahl gekündigt (Urk. 7/12). Bei der zweiten Anstellung hatte der Beschwerdeführer ein Pensum von 30 % inne. Laut Arbeitgeberfragebogen vom 22. August 2012 wurde die Arbeit vom Anfang an mindestens teilweise von Familienangehörigen ausgeführt. Die Arbeitgeberin I.____, gab als Kündigungsgrund die nicht mehr pflichtgemässe Ausführung der Arbeit an (Urk. 7/11).

Hinweise dafür, dass gesundheitliche Gründe zu den Stellenverlusten geführt hätten, ergeben sich aus den Akten nicht, weshalb das Valideneinkommen bei dem über keine berufliche Ausbildung verfügenden Beschwerdeführer anhand des statistischen Lohnes eines Hilfsarbeiters zu ermitteln ist. Da der selbe Tabellenlohn auch für die Bestimmung des Invalideneinkommens massgebend ist (Prozentvergleich; vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 9C_734/2016 vom 27. Januar 2017 E. 4.1 mit Hinweis), bestimmt der recht sprechungsgemäss vorzunehmende leidensbedingte Abzug (vgl. dazu BGE 126 V 75) den Invaliditätsgrad. Selbst unter Vornahme des vorliegend al lerdings in keiner Weise gerechtfertigten maximalen Abzuges von 25 % würde somit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 % resultieren, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 5.3

Sollte aus der vom Beschwerdeführer erwähnten, am 5. Februar 2016 geplanten Operation am Becken (Urk. 1 S. 4) nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultieren, müsste dies im Rahmen einer Neuanmeldung geltend gemacht werden. 6.6.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115). 6.2

Mit seiner Beschwerde vom 1. Februar 2016 beantragte der Beschwerdeführer, es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und es sei ihm Fürsprecher Arquint als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das Beschwerdeverfahren zu bestellen (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 13. April 2016 reichte Fürsprecher Arquint das ausgefüllte Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit ein, ohne seine Angaben zu belegen,

und stellte die rasch mögliche Nachreichung der Bestätigung der zuständigen Sozialbehörde in Aussicht (Urk. 9, Urk. 10). Bis zum heutigen Datum sind weder dieses Dokument noch weitere Unterlagen zu finanziellen Situation des Beschwerdeführers ins Recht gelegt worden, weshalb androhungsgemäss davon auszugehen ist, dass keine prozessuale Bedürftigkeit besteht (vgl. dazu die Verfügung des hiesigen Gerichts vom 8. Februar 2016 Dispositiv-Ziffer 2; Urk. 4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_173/2016 vom 17. Mai 2016 E. 5).

Demzufolge sind beim Beschwerdeführer die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und zur Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) nicht erfüllt, weshalb das Gesuch abzuweisen ist. 6.3

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 1. Februar 2016 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Sararard

Arquint - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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 Gräub Meier-Wiesner

E. 6

Condylomata

acuminata (Penisschaft , Mons pubis) - Laservaporisation am 24.08.2012

E. 7

Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion bei psychosozialer Belastungssituation am 27.05.2012

E. 8

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus - 4 Selbstverletzungen in der Jugend - Vd . a. ADHS

E. 9

Sistierter Kokainabusus seit 2008

Dem Bericht lässt sich sodann entnehmen, dass der Beschwerdeführer bis 10. Juli 2013 hospitalisiert war und anschliessend in die Rehaklinik F. ____

zur stationären Rehabilitation verlegt wurde. Die ambulante Behandlung dauere weiterhin an (S. 3) . Für gehende Tätigkeiten sei mit einer verminderten Leistungsfähigkeit zu rechnen. Der Beschwerdeführer könne nicht länger als zwei Stunden durchgehend laufen. Aktuell sei die Ausübung des bisherigen Berufes als Hauswart nicht möglich. Eine sitzende Tätigkeit sei durchaus möglich. Wenn durch die Physiotherapie die Schmerzen vermindert und die Belastbarkeit verbessert würde, könnte die berufliche Tätigkeit wie der in Betracht gezogen werden (S. 4) .

Am 5. Februar 2014 hielten dies die Chirurgen jedoch für unwahrscheinlich (Urk. 7/34/13). 3.6

Im MEDAS- Gutachten vom 8. Dezember 2014 (Urk. 7/52/1-25) wurden folgende Diagnosen

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 21 f.): 1. Chronische rechtsseitige Becken-Oberschenkelschmerzen rechts (ICD-10 M79.65) - Status nach offener Reposition und Osteosynthese am 01.07.2013 bei Aze tabulumfraktur Typ Transvers /Hinterwand vom 15.06.2013 (ICD-10 Z98.8/T91.2) 2. Chronische, belastungsabhängige Knieschmerzen rechts (ICD-10 M25.56) - klinischer Verdacht auf mediale Meniskuspathologie (ICD-10 M23.2) - Status nach offener Reposition und Osteosynthese am 01.07.2013 bei Patella-Längsfraktur vom 15.06.2013 (ICD-10 Z98.8/T93.2) 3. Weitgehend eingesteiftes PIP-Gelenk Mittelfinger links (ICD-10 M25.64) - Status nach offener Reposition und Osteosynthese am 25.06.2013 bei mehrfragmentärer, intraartikulärer Grundphalanx-Spiralfraktur Phalanx vom 15.06.2013 (ICD-10 Z98.8/T92.2)

Folgenden weiteren Diagnosen massen die Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 22): 1. Rezidivierende depressive Störungen gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) 2. Störung durch multiplen Substanzkonsum, episodisch Alkohol und gelegentlich Kokain (ICD-10 F19.25) 3. Akzentuierte impulsive Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) 4. Geringgradige Bewegungseinschränkung oberes Sprunggelenk rechts (ICD-10 M25.67) - Status nach Osteosynthese und OSME bei wahrscheinlich stattgehabter Bimalleolarfraktur etwa 2008 (ICD-10 Z98.8/Z47.0/T93.2) 5. Status nach Hepatitis B Infektion (ICD-10 B18) 6. Hyperurikämie (ICD-10 E79.0)

Laut Gutachten gab der Beschwerdeführer vor allem Beschwerden in Becken, Knie und Schienbein rechts sowie psychische Probleme an (S. 22). Aus orthopädischer Sicht sei die Belastungsfähigkeit des Bewegungsapparates aufgrund der objektiven Befunde eingeschränkt. Körperliche schwere Tätigkeiten und feinmotorisch bimanuell ausübende Tätigkeiten seien dem Exploranden nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Bei der allgemeininternistischen Untersuchung seien unauffällige Befunde erhoben worden. Die leicht pathologischen Laborwerte hätten keinen Krankheitswert. Die Arbeitsfähigkeit des Exploranden sei aus allgemeinmedizinischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 23).

Aus psychiatrischer Sicht sei die depressive Symptomatik nur leichtgradig ausgeprägt und schränke den Exploranden nicht ein. Eine chronische Suchtproblematik, welche durch ein psychisches Leiden verursacht werde, bestehe nicht. Ebenso könne keine eigentliche Persönlichkeitsstörung festgestellt werden. Es bestünden zwar etwas auffällige impulsive Persönlichkeitszüge, vor allem anamnestisch. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne aber nicht gestellt werden, vor allem auch aufgrund des Längsverlaufs mit vor der Erkrankung sonst voller Leistungsfähigkeit. Die Diagnose eines ADHS könne aufgrund der gutachterlichen Untersuchung wegen der Störung durch Substanzkonsum, wodurch Konzentrationsstörungen verstärkt werden könnten, nicht mit Sicherheit bestätigt werden. Menschen mit ADHS fielen im Gespräch durch eine deutliche Unruhe auf. Sie könnten nicht gut stillsitzen, nagten an den Fingernägeln, blickten im Raum umher, seien rasch gelangweilt und begännen zu gähnen oder seihen, wenn die Störung stärker ausgeprägt sei, überschwänglich mit lauter Kontaktaufnahme. Dies sei beim Exploranden nicht deutlich ausgeprägt (S. 13). Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Exploranden nicht eingeschränkt.

Zusammenfassend sei er aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Notwendigkeit von feinmotorischen bimanuellen Tätigkeiten zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Körperlich schwere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr zumutbar (S. 23).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass von somatischer Seite her nach dem Unfall vom 15. Juni 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten während mehreren Monaten bestanden habe. Die Belastbarkeit habe wahrscheinlich bis zum Frühjahr 2014 wieder auf die bei der Begutachtung festgestellten Möglichkeiten gesteigert werden können. Aus psychiatrischer Sicht könne eine Arbeitsunfähigkeit während den Klinikaufenthalten vom März bis Mai 2012 im Zentrum

A.____ und 2013 in der Klinik D.____ bestätigt werden. Wegen der damals diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode habe wahrscheinlich eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden, dies allerdings nur für wenige Wochen. Zusammengefasst könne aus polydisziplinärer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten von Januar 2013 bis März 2014 bestätigt werden. Anschliessend könne von der in der MEDAS festgestellten Arbeitsfähigkeit (von 100 % in einer Verweistätigkeit) ausgegangen werden. Sicher bestehe diese Arbeitsfähigkeit seit der gutachterlichen Untersuchung im September 2014 (S. 23) .

Mit Bezug auf die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers gaben die Gutachter an, dieser habe keine konkreten Vorstellungen über seine Arbeitsfähigkeit. Er sehe für sich aber eigentlich keine Möglichkeiten. Diese Einschätzung sei sicher durch die psychosoziale Situation mit finanziellen Problemen und ohne feste Anstellung beeinflusst. Auch der intermittierende Substanzkonsum von Kokain, Benzodiazepinen und Alkohol wirke sich negativ auf die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus. Ein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe nicht. Dem Exploranden könne es daher zugemutet werden, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Aus somatischer Sicht sollte es bei einer angepassten Tätigkeit nicht zu einer wesentlichen Beschwerdeexazerbation gegenüber den Alltagsaktivitäten kommen (S. 23 f.).

Zu den früheren medizinischen Stellungnahmen führten die Gutachter aus, dass von Seiten des Bewegungsapparates Übereinstimmung mit den Befunden der Klinik für Unfallchirurgie am E.____ bestehe. Zur Arbeitsfähigkeit hätten die behandelnden Ärzte keine konkreten Vorschläge gemacht. Aus allgemeininternistischer Sicht lägen keine eingehenden Stellungnahmen vor. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit durch ein internistisches Leiden seien in den anderen Berichten nicht erwähnt worden. Aus psychiatrischer Sicht sei vom Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der B.____

eine Störung durch Alkohol und Kokain sowie eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung und Verdacht auf ADHS diagnostiziert worden. Im Weiteren habe eine leichte depressive Episode bestanden. Die Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung und eines ADHS könnten nicht bestätigt werden. Eine rezidivierende depressive Störung bestehe mit der später mittelgradigen depressiven Episode in der Klinik

D.____ . Bei der gutachterlichen Untersuchung sei wieder eine leichte Depression festgestellt worden. Nach der Hospitalisation sei ein Wiedereinstieg mit steigender Arbeitsfähigkeit

tsfähigkeit angegeben worden, was mit der gutachterlichen Beurteilung übereinstimmt. Dr. C.____ habe Symptome einer emotional instabilen und neurasthenischen Persönlichkeit mit Kokain und Alkoholabhängigkeit angegeben. Er habe eine Arbeitsunfähigkeit für maximal drei Monate während der tagesklinischen Behandlung bestätigt. Diese Einschätzung könne ebenfalls bestätigt werden (S. 24) . 3.7

Seit dem 3. Dezember 2014 steht der Beschwerdeführer im Rahmen eines Strafverfahrens in der Z.____, in ambulanter Behandlung. Im Schreiben vom 22. Dezember 2015 an dessen Rechtsvertreter (Urk. 7/76) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.1 / F33.2) (im Rahmen oder als Folge- bzw., Begleiterkrankung von Dg. 2. und Dg. 3., seit 2007) 2. ADHS (ICD-10 F90.0), ED bei uns im Januar 2015 3. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dissozialen, narzisstischen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10 F61.0), seit Jahren 4. Kokainabhängigkeitssyndrom, ggw. ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F14.25), seit 2007 5. Schädlicher Gebrauch von Alkohol, ggw. unregelmässiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.25), seit ca. 2007

Der berichtende Arzt gab an, da die Delikte in Zusammenhang mit einer Suchtproblematik gestanden hätten, habe sich der Beschwerdeführer bereits am Anfang der Behandlung motiviert gezeigt, an seiner Sucht zu arbeiten, so dass er zunächst eine Abstinenz von Kokain erreicht habe. Bis August 2015 habe er nur zwei Rückfälle mit Kokain gehabt, seit August bis zum Eintritt ins Vollzugszentrum (sechsmonatige Freiheitsstrafe) am 7. Dezember 2015 habe er noch drei weitere Rückfälle mit Kokain gehabt. Alkohol habe er immer wieder konsumiert, jedoch als Absturztrinker. Ein paar Mal seien Notfallzuweisungen ins Spital aufgrund von Mischintoxikationen in suizidaler Absicht notwendig geworden.

Im Januar 2015 sei aufgrund des klinischen Bildes mit Verdacht auf ein ADHS eine ausführliche Abklärung mit zusätzlich fremdanamnестischen Angaben sowie dem HASE-Batterietest durchgeführt und ein ADHS diagnostiziert worden. Unter medikamentöser Therapie mit Concerta seien die Symptome teilweise zurückgegangen.

Es sei kein SKID I oder SKID II [Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I und II] bezüglich kombinierter Persönlichkeitsstörung durchgeführt worden. Aber aufgrund der anamnестischen Daten mit traumatisierenden und gewalttätigen Ereignissen in der Kindheit und im Verlauf der Jugendjahre bis heute zeigten sich die Symptome einer kombinierten Persönlichkeitsstörung.

Die depressiven Episoden kämen oft und immer wieder im Rahmen der Diagnosen 2 und 3 als Folge- oder Begleiterkrankung. Es seien oft Mischintoxikationen in suizidaler Absicht geschehen, nachdem der Beschwerdeführer keinen Ausweg in Stresssituationen gefunden habe.

Abschliessend attestierte der behandelnde Arzt eine 100%ige Tätigkeit seit Beginn der Behandlung und ging von der Notwendigkeit einer langjährigen Behandlung aus. 4. 4.1

Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 8. Dezember 2014 (E. 3.6) entspricht den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise vollumfänglich. So ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es beruht sodann auf den notwendigen allseitigen Untersuchungen in psychiatrischer,

rheumatologischer und internistischer Hinsicht und berücksichtigt die geklagten Beschwerden und das Verhalten des Beschwerdeführers während der Untersuchung. Die Gutachter schilderten ausführlich die vom Beschwerdeführer erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzten sich detailliert damit auseinander. Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den früheren medizinischen Stellungnahmen abgegeben und sie leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erweisen sich die Schlussfolgerungen als begründet. 4.2 4.2.1

Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (Urk. 1) ist eine Arbeitsunfähigkeit mit Bezug auf eine den körperlichen Leiden angepasste Tätigkeit nach März 2014 nicht erstellt, denn angesichts der genannten Diagnosen ist eine dauerhafte,

psychisch begründete Arbeitsunfähigkeit nicht (mehr) ausgewiesen, was folgend darzulegen sein wird. 4.2.2

Mit Bezug auf die Drogensucht ist festzuhalten, dass diese als solche nach der Rechtsprechung nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes führt. Da gegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Nach Lage der Akten ist dies beim Beschwerdeführer jedoch nicht der Fall und wird auch nicht behauptet. 4. 2. 3

Leicht- bis mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden sind rechtsprechungsgemäss regelmässig als eine von depressiven Verstimmungszuständen nicht klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens zu betrachten. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_195/2014 vom 12. Juni 2014 E. 4.4 mit Hinweisen). Auch wenn eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen ist, bedingt deren Annahme jedoch, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit Hinweisen).

Dies ist beim Beschwerdeführer nicht der Fall. So lehnte er nach der Entlassung aus der Klinik D.____

im Februar 2013 trotz der ärztlichen Empfehlung einen weiteren stationären Aufenthalt ab. Auch hielt er die daraufhin geplante engmaschige Therapie in der Tagesklinik der B.____ nicht ein (E. 3.4). Bereits 2012 befolgte

der Beschwerdeführer die Behandlungsempfehlungen nicht genau. Dem Vertrauensarzt des Krankentaggeldversicherers, Dr. C.____, gegenüber gab er an, die verordneten Medikamente nach Bedarf einzunehmen, ohne die Dosierung zu beachten (E. 3.3). Darüber hinaus war die depressive Störung 2012 nicht gravierend, denn die behandelnden Ärzte der B.____ (E. 3.2) gingen von einer lediglich leichtgradigen depressiven Symptomatik aus.

Eine schwere re depressive Symptomatik vermochte auch Dr. C.____ nicht fest zustellen (E. 3.3). Die von ihm diagnostizierte 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 Bundesgerichtsurteil 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).

Die im Rahmen des Strafverfahrens behandelnden Ärzte des Z.____ diagnostizierten zwar eine depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger bis schweren Episode (E. 3.7), doch setzten sie sich mit den abweichenden Vorakten nicht auseinander. Für den Rechtsanwender leuchtet daher nicht ein, weshalb sie eine andere Diagnose stellten als die Gutachter und Dr. C.____, zumal sie diesbezüglich auch keine Veränderungen beschrieben.

Unter diesen Umständen ist der depressiven Störung keine invalidisierende Wirkung zuzuerkennen. 4.2.4

Der psychiatrische Konsiliararzt der MEDAS fasste die Persönlichkeits-symptomatik als akzentuierte impulsive Persönlichkeitszüge gemäss ICD-10 Z73.1. Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) vermögen keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Dazu bedürfte es zumindest einer Persönlichkeitsstörung (Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen). Dass der Gutachter mit Bezug auf die Persönlichkeitssymptomatik einen Krankheitswert verneint, kann mit Blick auf die vollzeitliche Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers bis zur psychischen Dekompensation im Jahr 2012 und der bis dahin offenbar klaglosen Erfüllung des Pflichtenhefts nachvollzogen werden.

Gleiches gilt für das

gemäss Gutachten nicht sicher zu bestätigende ADHS. Dass diese Diagnose im Rahmen der Behandlung in der Z.____ nach ausführlicher Abklärung bestätigt werden konnte (E. 3.7), vermag nichts daran zu ändern. Denn es ist nicht anzunehmen, dass ein jahrelang unbemerktes ADHS allein durch die Diagnosestellung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermag. 4.3.4.3.1

Vor dem Hintergrund der zitierten Rechtsprechung vermag die von den behandelnden Ärzten der B.____ (E. 3.2 und E. 3.4) sowie der Z.____ (E. 3.7) attestierte dauerhafte Arbeitsunfähigkeit nicht zu überzeugen. 4.3.2

Indem die Beschwerdegegnerin betreffend die

Eröffnung der Wartezeit auf den Tag des Verkehrsunfalls vom 15. Juni 2013 abstellte, wich sie von der von den MEDAS-Gutachtern im Rahmen der Gesamtbeurteilung attestierten Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten vom Januar 2013 bis März 2014 ab (Urk. 7/52/1-25 S. 23). Dies ist nicht zu beanstanden, denn der psychiatrische Gutachter der MEDAS kam zum Schluss, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nur für die Zeit der Hospitalisationen anerkannt werden könne (Urk. 7/52/1-25 S. 13). Damit nahm er Bezug auf die stationären Behandlungen im Zentrum A.____ (14. März bis 4. Mai 2012; E. 3.1) und in der Klinik D.____ (15. Januar bis Februar 2013; vgl. dazu E. 3.4), was auch in der interdisziplinären Würdigung entsprechend aufgenommen wurde (Urk. 7/52/1-25

S. 23). Mit anderen Worten verneinte er eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ab dem Austritt aus der Klinik D.____ im Februar 2013. Aus somatischer Sicht bestand eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erst ab dem Unfall vom 15. Juni 2013

(Urk. 7/52/1-25 S. 20 und S. 23) . Weshalb trotz diesen klaren Aussagen in den Teilgutachten in der Gesamtbeurteilung eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit vom Januar 2013 bis März 2014 attestiert wurde, kann nicht nachvollzogen werden.

Nach Entlassung aus der Klinik D.____ im Februar 2013 wurde die ambulante Behandlung in der O.____ wieder aufgenommen. Der behandelnde Psychiater (E. 3.4) stellte klinisch eine (kurzfristige) Besserung fest. Dass der Beschwerdeführer in der Folge dessen Therapieempfehlungen nicht eingehalten hatte, deutet

auf einen geringeren Leistungsdruck hin. Anhaltspunkte für eine Besserung der psychischen Symptomatik können auch darin erblickt werden, dass der Beschwerdeführer in der Lage war, zweimal nach G.____

zu reisen, wobei es dort zu dem für die Eröffnung der Wartezeit massgebenden Verkehrsunfall mit verschiedenen Verletzungen kam.

Unter diesen Umständen kann aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht für die Zeit zwischen der Klinikentlassung im Februar 2013 und dem Unfall vom 15. Juni 2013 keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt werden. Die Wartezeit wurde dadurch jeweils unterbrochen (Art. 29ter IVV) und begann neu zu laufen. 4.4

Aufgrund der medizinischen Akten steht nach dem Gesagten fest, dass der Beschwerdeführer ab dem Verkehrsunfall vom 15. Juni 2013 für jegliche Tätigkeit arbeitsunfähig war. Damit war das Wartejahr im Juni 2014 abgelaufen. Bereits ab 21. März 2014

wäre ihm zumutbar gewesen, eine angepasste, leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne feinmotorische, bimanuelle Arbeiten vollzeitlich auszuüben. 5.

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