

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00889 vom 13. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00889](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00889)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00889 du 13 novembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00889 del 13 novembre 2017

## Erwägungen

### E. 1

9. Mai 2008 ( bis Februar 2012 ; vgl. Urk. 9/156/31 Ziff. 3.1) war der Beschwerdeführer als Arbeitsagoge Gastronomie mit einem Pensum von 60 % (ab Oktober 2010 80 % , vgl. Urk. 9/118/4 ) für das A.\_\_\_\_ , tätig (Urk. 9/73/4; Urk. 9/80) . Mit Mitteilung vom 30. September 2008 gewährte die IV-Stelle Kostengutsprache für eine Umschulung im Rahmen einer Weiterbildung „Führen & Managen“ der B.\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2008 bis 13. April 2010 (Urk. 9/54). Am 12. Mai 2010 erteilte sie Kostengutsprache für eine Verlängerung der Umschulung (Urk. 9/62). In der Mitteilung vom 21. Mai 2010 (Urk. 9/66) hielt die IV-Stelle fest, dass die beruflichen Massnahmen erfolgreich abgeschlossen seien (Urk. 9/66).

### E. 1.1

Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend die Invaliditätsbemessung ( Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) und den Rentenanspruch ( Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), sind im Verfügungsteil 2 des angefochtenen Entscheides zutreffend wiedergegeben ( Urk.

### E. 1.2

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a

der Verordnung über die Invalidenversicherung

( IVV ) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen

Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

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 Vorkenntnisse (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).

### **E. 2**

/1 S. 1). Darauf kann, mit den nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2/1 Verfügungsteil 2) davon aus, dass der Beschwerdeführer seit Februar 2012 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Aus medizinischer Sicht wäre ihm nach Ablauf der Wartezeit die bisherige Tätigkeit zu 50 % zumutbar gewesen (S. 2 oben). Im Januar 2014 sei es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen und es sei ihm keine Tätigkeit mehr zumutbar gewesen (S. 2 Mitte). Im Januar 2015 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wieder verbessert und eine angepasste Tätigkeit wäre ihm im Umfang von 65 % zumutbar gewesen (S. 2 unten). Entsprechend sprach sie dem Beschwerdeführer ab Februar 2013 eine halbe Rente, ab April 2014 eine ganze und ab April 2015 wieder eine halbe Rente zu (S. 4 Mitte).

Mit Vernehmlassung vom 27. September 2016 (Urk. 8) stellte die Beschwerdegegnerin Antrag auf eine reformatio in peius. Zur Begründung führte sie aus, die psychischen Beschwerden würden sich im Rahmen der Zumutbarkeitsprüfung gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG als nicht invalidisierend erweisen. Es liege keine dauerhafte, invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit vor, weshalb im Übrigen auch eine befristete Rente ausser Betracht falle (S. 2).

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer kritisierte in der Beschwerde (Urk. 1) insbesondere das polydisziplinäre Gutachten und stellte sich auf den Standpunkt, dass angesichts des mangelhaften neurologischen Teilgutachtens und der nicht thematisierten HWS-Distorsion im psychiatrischen Teilgutachten ein neues bidisziplinäres (psychiatrisches und neurologisches) Gutachten anzusetzen sei. Es seien insbesondere bildgebende Verfahren einzusetzen, um die Folgen des Auffahrunfalls und der dadurch ausgelösten HWS-Distorsion auf die funktionellen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit abzuklären, wie dies in der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung bezüglich psychosomatischer Störungen (BGE 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015) vorgesehen sei (S. 5 f. Ziff. 3). Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass wesentliche Aspekte des Krankheitsbildes im vorliegenden MEDAS-Gutachten nicht erwähnt und diskutiert worden seien, weshalb der mangelhafte Teil der Begutachtung nochmals durchzuführen sei (S. 6 Ziff. 4).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist demnach, ob die Rentenzusprache zu Recht erfolgte respektive ob weitere Abklärungen erforderlich sind.

### **E. 3.1**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht zuhanden der Unfallversicherung vom 10. April 2007 (Urk. 9/10/97) folgende Diagnosen (Ziff. 1): - Status nach Auffahrunfall mit HWS-Distorsionstrauma, Kniekontusion links und Ellbogenkontusion rechts - schräger Riss im verbliebenen Meniskushinterhorn medial links bei Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie links medial vor Jahren - beginnende mediale Gonarthrose links

Der Beschwerdeführer habe nach der Primärabklärung im E.\_\_\_\_ zehn Tage unter beträchtlichen und zunehmenden Schmerzen am linken Knie gearbeitet. Nackenschmerzen und zerviko-zephalales Syndrom seien wegen der Knie schmerzen eher im Hintergrund und langsam regredient (Ziff. 2).

### **E. 3.2**

Dem Bericht der Ärzte der F.\_\_\_\_ vom 27.

April 2007 (Urk. 9/10/74 75) ist zu entnehmen, dass sich radiologisch eindeutig eine mediale Meniskusläsion im Bereich des Hinterhornes zeige. Da der Beschwerdeführer derzeit beschwerdefrei sei und in der klinischen Untersuchung nur diskrete Meniskuszeichen auslösbar seien, erfolge die Fortsetzung der konservativen Therapie (S. 2 Mitte).

### **E. 3.3**

Die Ärzte des G.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, gaben im Bericht vom 14. August 2007 (Urk. 9/6/23-26) an, die Zuweisung des Beschwerdeführers sei wegen persistierenden rechtsbetonten Schmerzen erfolgt, bestehend seit einem HWS-Distorsionstrauma (S. 1 unten). Die Beschwerden entsprächen einem rechtsbetonten zervikospondylogenen und zervikozephalen Schmerzsyndrom. Als möglicher Chronifizierungsfaktor bei bis anhin protrahiertem Heilungsverlauf komme eine psychosoziale Belastungssituation in Frage (S. 3 Mitte).

### **E. 3.5**

Vom 20. August bis 8. September 2007 war der Beschwerdeführer im G.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 12. September 2007 (Urk. 9/6/10-13) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 Mitte): - chronisches rechtsbetontes zervikospondylogenes und zervikozephales Schmerzsyndrom (Status nach HWS-Distorsionstrauma [Auffahrunfall] am 03.03.2007) - persistierende belastungsabhängige Knieschmerzen links - lumbospondylogenes Syndrom rechts - Pityriasis versicolor

Die behandelnden Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. September 2007 (S. 2 unten). 3.

### **E. 3.8**

Die behandelnde Psychologin lic. phil. L.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie, nannte im Bericht vom 19. November 2012 (Urk. 9/93/1-5) als wesentliche Diagnose rezidivierende depressive Episoden (Ziff. 1.1). Diese zeigten sich insbesondere durch

starkes Grübeln, Versagensängste und Insomnie. Daraus resultiere ein eingeschränkter Grundzustand, der sich im Arbeitsalltag anhand geringerer Belastbarkeit, rascherer Gereiztheit und mehr Fehlern bei Routinearbeiten zeige. Die bisherige Tätigkeit wie auch eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu 50 % zumutbar. Der Therapieverlauf habe gezeigt, dass er bei einem Arbeitspensum von 50 % gut und überdauernd funktionieren könne (Ziff. 1.7).

### **E. 3.9**

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Vertrauensarzt der N.\_\_\_\_, nannte im Bericht vom 2. Februar 2013 (Urk. 9/105) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, mittelschwere Episode mit somatischen Symptomen (F33.11), bestehend seit Herbst 2011, gegenwärtig zu leicht remittiert. Des Weiteren nannte er folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A.1): - Alkohol-Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (F10.20) - Nikotinabusus - Übergewicht (BMI 28.7)

Als Befunde wurden eine leicht deprimierte Stimmung, eine Unsicherheit und ein seltenes Weinen angegeben, da er über die Entwicklung der letzten Jahre gekränkt und verletzt sei. Der Beschwerdeführer klagt über Konzentrationsstörungen und er sei im Denken etwas eingeengt auf die nächste Zukunft (lit. A.3.3). Eine Rückkehr in die bisherige Tätigkeit sei nicht möglich (lit. A.7.1; lit. B.1). Es liege keine Erwerbsunfähigkeit vor (lit. B.2).

### **E. 3.10**

Die Ärzte der O.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 22. Januar 2014 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/135) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Episode (Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer leide an wiederholten depressiven Episoden seit 2011 mit Konzentrationsschwierigkeiten, schneller Ermüdung, geringer Frustrationstoleranz bis zu Anpassungsstörungen. Er habe seine Fähigkeiten in den letzten Monaten verbessert (Ziff. 1.7). Ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 20 % in der Gastronomie von Ende Oktober bis Ende Dezember 2013 sei gescheitert. Weitere Arbeitsversuche wirkten aktuell eher destabilisierend (S. 3 unten). Die Ärzte der O.\_\_\_\_ attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 21. November 2013 bis 28. Februar 2014 (Ziff. 1.6).  
3. 1 1

Das Gutachten der Ärzte der Medas C.\_\_\_\_ vom 3. März 2015 (Urk. 9/156/1-25) basiert auf einer internistischen, einer psychiatrischen, einer rheumatologischen sowie einer neurologischen Untersuchung vom Januar 2015 sowie den vorhandenen Akten (vgl. S. 1 Mitte und S. 2 oben). Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte bis mittelgradige Episode, unvollständig remittiert (F33), seit 2011, vermutlich 2007 - Lumbovertebralsyndrom L5/S1 im Sinne einer Baastrup-Reizung mit muskulärer Dysbalance - laut Akten beginnende Gonarthrose links

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein seit Jahren bestehender Alkoholmissbrauch (F10.1) genannt (Differentialdiagnose: Alkoholabhängigkeitssyndrom, F10.2; Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass die Depression vorrangig sei. Manchmal könne er überhaupt nicht schlafen, grübele nur herum. Von Seiten des linken Beines sei er jetzt eigentlich beschwerdefrei. Teilweise habe er jedoch Rückenschmerzen (S. 15 oben).

Der neurologische Gutachter gab an, aufgrund der Semiologie der Schmerzen und des normalen Neurostatus bestünden wirklich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Krankheit des zentralen oder des peripheren Nervensystems als Aetiologie der ganz lokalisierten lumbalen Schmerzen (Neurologisches Teilgutachten, Urk. 9/156/53-55 S. 3 oben).

Aus rheumatologischer Sicht wurde ausgeführt (Rheumatologisches Teilgutachten, Urk. 9/156/43-52), die ehemalige Tätigkeit als Behindertenbetreuer (und laut Akten mit „Schwerarbeit Profil“) sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Begründet sei dies einerseits mit der laut Akten möglichen inter mittierenden mechanischen Intoleranz des Knies links, aber noch vordergründiger mit der Situation der Baastrup-Reizung des unteren Rückens (S. 9 oben). Für eine geeignete Verweistätigkeit sei der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch voll arbeitsfähig (S. 9 Mitte).

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 9/156/28-42) wurde zum Befund angegeben, das Denken sei teilweise leicht gehemmt gewesen, teilweise leicht eingengt; es bestünden Hinweise auf Grübeln (S. 8 Mitte). Des Weiteren bestünden ausgeprägte Störungen der Vitalgefühle. Der Beschwerdeführer sei teilweise leicht deprimiert, teilweise leicht dysphorisch, teilweise leicht innerlich unruhig und leicht klagsam. Es bestünden ausgeprägte Insuffizienzgefühle (S. 8 unten). Der Beschwerdeführer sei antriebsgehemmt und es bestünden Hinweise auf Ein- und Durchschlafstörungen sowie auf einen sozialen Rückzug (S. 9 oben). Es sei eine depressionstypische Symptomatik mit Einschränkungen im Antrieb, aber auch Symptomen wie Dünnhäutigkeit und sozialem Rückzug zu konstatieren (S. 11 Mitte). Der Beschwerdeführer lebe zurückgezogen, habe wenig soziale Kontakte, habe Weihnachten und Silvester alleine verbracht, habe keine Freundin und keine Arbeit. Art, Dosis und Intensität der Pharmakotherapie sprächen für das Vorhandensein eines relevanten psychischen Leidens (S. 12 unten). Für die bisherige Tätigkeit in der Gastronomie und der Agogik liege eine Einschränkung von 66 % vor, für eine angepasste Tätigkeit eine solche von 33 % (S. 13 unten).

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, dass die diskreten rheumatologischen Befunde höchstens im Rahmen einer schweren körperlichen Tätigkeit zu einer Einschränkung führen würden. Eine solche Tätigkeit sei aber nur bis Sommer 2007 ausgeübt worden. Für die seither ausgeübten verschiedenen Tätigkeiten liege eine Einschränkung nur durch die psychiatrische Erkrankung vor (S. 20 Mitte). Die Anpassung an Regeln und Routinen sei leicht- bis mittelgradig eingeschränkt, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien leicht eingeschränkt, die Durchhaltefähigkeit sei eingeschränkt, die Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit weniger als vormals. Die Gruppenfähigkeit sei reduziert im Sinne von Intoleranz und mangelnder Integrationsfähigkeit in Teams. Kognitive Störungen im Sinne erlebter Konzentrationsmängel und Vergesslichkeit seien vorhanden. Es fänden sich angstbesetzte Affekte, eine reduzierte emotionale Belastbarkeit, eine reduzierte Frustrationstoleranz sowie ein gehemmter Antrieb (S. 20 unten).

Die bisherige Tätigkeit in der Gastronomie und der Arbeitsagogik sei zu einem Drittel zumutbar, mithin etwa 2 ½ Stunden pro Tag (S. 21 Ziff. 3.4). Angepasste Tätigkeiten seien mit einer Einschränkung von einem Drittel zumutbar, also etwa 5 ½ Stunden (S. 22 Ziff. 5.2). Es sollte sich um eine einfache und strukturierte Tätigkeit handeln, ohne Wochenend- oder Nachtdienst, ohne besondere Verantwortung, ohne besondere Stressbelastung, mit der Möglichkeit erhöhten Pausenpotentials und ohne Kundenkontakte

(S. 22 Ziff. 5.1). Mit der Depression liege ein relevantes psychisches Leiden vor, das in diesem Fall, insbesondere was die Antriebsstörung und den sozialen Rückzug betreffe, nicht mit dem Willen überwindbar sei. Anderes gelte für den Alkoholmissbrauch (S. 24 oben). Zum Verlauf wurde angegeben, dass der Grad der Arbeitsfähigkeit bei rezidivierender depressiver Störung wechsele, jedoch rückwirkend den entsprechenden Attesten entspreche. Die behandelnde Psychologin gebe in ihrem Bericht vom 19. November 2012 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit an. Dem Bericht der Ärzte der O.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2014 mit einer Arbeitsfähigkeit von 0 % für die Zeit vom 7. November 2013 bis 28. Februar 2014 sei ebenfalls zu folgen (S. 21 f. Ziff. 3.7). 3. 1 2

RAD-Arzt dipl. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt mit Stellungnahme vom 20. März 2015 (Urk. 9/176/8-9) fest, das Gutachten sei nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen plausibel. 3. 1 3

Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, führte im Bericht vom 29. April 2015 (Urk. 9/168) aus, dass beim Beschwerdeführer seit einem Verkehrsunfall im Jahr 2007 ein Schmerz im Bereich der Halswirbelsäule bestehe. Im durchgeführten MRI (vom 28. April 2015, vgl. Urk. 9/168/2-3) zeige sich eine ausgeprägte knöcherne Engstelle zwischen dem 4. bis 6. Halswirbelkörper, die auf das zentrale Rückenmark und die beidseits austretenden Nervenwurzeln drücke. 3. 1 4

Die Ärzte der F.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 15. Juni 2015 (Urk. 9/177) als Diagnose belastungsabhängige Zervikalgien und Lumbalgien mit/bei Osteochondrosen C3 bis C7 sowie Bandscheibendegeneration L4/5 (S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer sei zur Beurteilung der Relevanz der Spinalkanalstenose C4 bis C6 gekommen (S. 1 unten). Ein Teil der Beschwerden könnte allenfalls auf die ausgeprägten degenerativen Veränderungen an der HWS zurückgeführt werden beziehungsweise auf die monosegmentale Veränderung auf Höhe L4/5. Eine eindeutige Myelonkompression bestehe nicht; somit werde keine wirbelsäulenchirurgische Intervention empfohlen (S. 2 unten). 3. 1 5

Die Ärzte der Medas C.\_\_\_\_ führten mit Stellungnahme vom 26. August 2015 (Urk. 9/182) aus, im Rahmen der Beurteilung vom 3. März 2015 hätten keine somatischen Beeinträchtigungen vorgelegen. An der Beurteilung im Gutachten (33%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und 66%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit) werde auch angesichts der neuen Arztberichte festgehalten.

### **E. 3.16**

Die Ärzte der O.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 11. Dezember 2015 (Urk. 9/188) als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (F33.1). Sie gaben an, dass der Beschwerdeführer seit November 2013 bei ihnen in Behandlung sei (S. 1 Mitte) und zu sozialpsychiatrisch orientierten Gesprächen im etwa zwei- bis dreiwöchentlichen Abstand erscheine. Er sei zunehmend angespannt und verzweifelt. In seinem aktuellen Zustandsbild sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, die für eine Erwerbstätigkeit notwendigen Basisvariablen zu erbringen (S. 1 unten).

### **E. 3.17**

Vom 20. Juni bis 12. August 2016 befand sich der Beschwerdeführer in teilstationärer Behandlung in der Tagesklinik der O.\_\_\_\_. Im Austrittsbericht der behandelnden Ärzte vom 16. August 2016 (Urk. 6) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 unten): - rezidivierende

depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) - schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1) - chronisches lumbospondylogenes und zerviko-spondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach Autounfall am 03.03.2007 - MRI HWS vom 28.04.2015: Osteochondrose C3-C7. Leichte Spinalkanalenge C4/5 und weniger ausgeprägt auf Höhe C5/6. Keine eindeutige Myelonkompression, keine Myelopathiezeichen, keine relevanten foraminale Einengungen - MRI LWS vom 06.06.2016: Bandscheibendegeneration. Beginnende Osteochondrose und breitbasige Diskusprotrusion ohne Neurokompression auf Höhe L4/L5

Die Ärzte der O. \_\_\_ führten aus, dass bei Eintritt ein mittelgradiges depressives Syndrom mit gedrückter Stimmung, Antriebsstörung und Lustlosigkeit sowie Schlafstörungen, ausgeprägten Konzentrationsstörungen und negativen Zukunftsperspektiven bestanden habe. Während des Aufenthaltes sei es dem Beschwerdeführer gelungen, den Alkoholkonsum deutlich zu reduzieren. Unter Fortführung der antidepressiven Medikation sei es zu einem deutlichen Rückgang der depressiven Symptome gekommen (S. 3 unten). Empfohlen werde die Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (S. 4 oben) und antidepressiven Medikation sowie die Aufnahme einer geschützten Arbeitsstelle im Verlauf (S. 4 unten). 4.

#### **E. 4**

Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, berichtete am 5. September 2007 über die gleichentags erfolgte kreisärztliche Untersuchung (Urk. 9/6/17-22). Er führte aus, seit dem Unfallereignis würden Nacken- und Schulterbeschwerden angegeben (S. 5 Mitte). Bei heute weitgehend beschwerdefreiem respektive beschwerdearmem Beschwerdeführer zweifle er die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation etwas an (S. 6 oben).

#### **E. 4.1**

Die ausführliche Expertise der Ärzte der

Medas C. \_\_\_ vom März 2015 erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. E. 1. 3). Sie setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigt insbesondere auch sämtliche bis dahin angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte. Insgesamt ist das Gutachten umfassend und vermag zu überzeugen. Darauf kann abgestellt werden.

Der internistische und der rheumatologische Teil des Gutachtens wurden denn auch durch den Beschwerdeführer nicht beanstandet (Urk. 1 S. 5 oben).

#### **E. 4.2**

Was der Beschwerdeführer gegen das Gutachten – und überhaupt – vorbringen lässt, ist nicht stichhaltig. Der Auffahrunfall vom 3. März 2007 (mit HWS-Distorsion) war den Gutachtern bekannt und wurde dementsprechend berücksichtigt. Dass zehn Jahre nach dem Unfall mittels bildgebender Verfahren noch entscheidungswesentliche Erkenntnisse gewonnen werden können, ist äußerst unwahrscheinlich. Eine „Diskussion der 2007 entstandenen Beschwerden wie Schwindel, Kopfschmerz, Konzentrationsstörung, Übelkeit, rasches Ermüden, Depression, Wesensveränderung“ des neurologischen Gutachters in Zusammenarbeit mit dem psychiatrischen Gutachter (vgl. Urk. 1 S. 5 Mitte) erscheint nicht zielführend, sind doch zur Beurteilung des Rentenanspruchs die aktuellen Diagnosen und Befunde massgebend.

Während in den Berichten aus dem Jahr 2007 noch Nackenbeschwerden aufgeführt wurden, war davon in den zeitlich späteren Berichten nicht mehr die Rede, so auch im Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung vom Januar 2015. Gegenüber dem rheumatologischen Gutachter habe der Beschwerdeführer angegeben, dass manchmal (auch) leichte Verspannungen im Nackenbereich bestünden. Er habe beiläufig erwähnt, dass nach dem Autounfall vorübergehend auch Nackenreizungen bestanden hätten. Diese seien offenbar aber im weiteren Verlauf deutlich ruhiger geworden und lediglich spontan wiederauftretend (Urk. 9/156/44). Der neurologische Gutachter hielt fest, dass der Beschwerdeführer auch auf Nachfrage hin keine weiteren Beschwerden erwähnt habe, insbesondere keine Nacken- oder Armschmerzen und keine Kopfschmerzen (Urk. 9/156/53). Somit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung vom Januar 2015 betreffend Nackenschmerzen im Wesentlichen beschwerdefrei war. Im April 2015 berichtete Dr. Q.\_\_\_\_ dann, dass – seit dem Autounfall im Jahr 2007 – ein Schmerz im Bereich der Halswirbelsäule bestehe. Im Juni 2015 berichteten die Ärzte der F.\_\_\_\_ über belastungsabhängige Zervikalgien. Die Ärzte der O.\_\_\_\_ stellten im August 2016 ein chronisches zerviko-spondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach Auto unfall fest. Im Bericht über das MRI vom 28. April 2015 wurde angegeben, dass die Befunde nicht direkt auf das Trauma zurückgeführt werden könnten (jedoch ein Zusammenhang möglich sei, vgl. Urk. 9/168/2-3). Für die Beurteilung eines Anspruchs im Bereich der Invalidenversicherung ist es indessen nicht relevant, ob die Nackenschmerzen im Zusammenhang mit dem Unfall stehen oder acht Jahre später neu aufgetreten sind. Die Ärzte der Medas hielten jedenfalls auch in Kenntnis der Nackenbeschwerden an ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fest. Dies erscheint nachvollziehbar, zumal auch in den übrigen Berichten keine Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von HWS-Beschwerden attestiert wurden.

#### **E. 4.3**

In Bezug auf das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit in psychischer Hinsicht kann ebenfalls auf das Medas-Gutachten abgestellt werden. Darin wurde festgehalten, dass eine Einschränkung nur durch die psychiatrische Erkrankung vorliege. Das psychiatrische Teilgutachten erscheint auch angesichts der übrigen psychiatrischen Berichte nachvollziehbar begründet und umfassend. Die Gutachter der Medas beschrieben eine depressionstypische Symptomatik und attestierten dem Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 33 % und für eine angepasste Tätigkeit eine solche von 66 %. In den zeitlich später ergangenen Berichten der Ärzte der O.\_\_\_\_ wurde über eine Verschlechterung im Dezember 2015 (mittelgradige bis schwere Episode) sowie eine Verbesserung im August 2016 (deutlicher Rückgang der depressiven Symptome) berichtet. Insgesamt vermögen diese Berichte die Einschätzung im Gutachten nicht grundlegend in Zweifel zu ziehen, zumal angesichts der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung von einem fluktuierenden Verlauf ausgegangen werden muss.

#### **E. 4.4**

Die Beschwerdegegnerin argumentierte in der Beschwerdeantwort (Urk. 8), dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen nur ausnahmsweise invalidisierend seien. Die vorliegenden psychischen Beschwerden seien nicht therapieresistent, weshalb überhaupt kein Anspruch auf eine Rente bestehe (Antrag auf reformatio in peius). Dazu ist festzuhalten, dass bereits im Austrittsbericht der I.\_\_\_\_ vom 13. November 2007 (Urk. 9/7; E. 3.6 hiervor) die Rede war von einer länger dauernden depressiven Reaktion im Rahmen

einer Anpassungsstörung bei anhaltender Schmerzproblematik und psychosozialen Belastungsfaktoren. Von Mitte Januar bis Mitte April 2011 hielt sich der Beschwerdeführer dann zur stationären Rehabilitation unter anderem einer rezidivierenden depressiven Störung im J. \_\_\_ auf, wobei er von Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit und Jugend und ersten depressiven Symptomen als junger Erwachsener berichtet habe (vgl. Austrittsbericht vom 14. April 2011; Urk. 9/93/9-11; E. 3.7 hiervor). Fest steht aufgrund der Akten sodann, dass sich der Beschwerdeführer in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befindet (vgl. Bericht der Ärzte der O. \_\_\_ vom Dezember 2015). Im psychiatrischen Teilgutachten der Medas wurde angegeben, dass Art, Dosis und Intensität der Pharmakotherapie für das Vorhandensein eines relevanten psychischen Leidens sprechen. Das depressive Erleben, insbesondere was die Antriebsstörung und den sozialen Rückzug betreffe, sei nicht einfach mit dem Willen überwindbar, weswegen die genannten Einschränkungen so zu gelten hätten, wie sie formuliert worden seien (Urk. 9/156/28-42 Ziff. 5.3.2). Die medizinischen Schlussfolgerungen im Medas-Gutachten wurden von Seiten des RAD-Psychiaters P. \_\_\_ als plausibel bezeichnet. Auch im Rahmen von beruflichen Massnahmen hatte sich gezeigt, dass keine volle Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt besteht (vgl. Urk. 9/110 S. 6; Urk. 9/134 S. 2). Im aktuellsten aktenkundigen Arztbericht (der Ärzte der O. \_\_\_ vom 16. August 2016) wird zwar ausgeführt, dass es unter Fortführung der antidepressiven Medikation zu einem deutlichen Rückgang der depressiven Symptome gekommen sei. Es wird aber weiterhin eine mittelgradige Episode diagnostiziert. Zudem wird die Aufnahme einer Tätigkeit im Rahmen einer geschützten Arbeitsstelle empfohlen. Auch dies weist somit nicht darauf hin, dass eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erfolgt respektive absehbar ist. Vor diesem Hintergrund ist angesichts der momentanen medizinischen Aktenlage von der in der Beschwerdeantwort beantragten Schlechterstellung des Beschwerdeführers im Sinne einer vollständigen Verneinung des Rentenanspruchs abzusehen.

#### **E. 4.5**

Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit ergibt sich aus dem Bericht der behandelnden Psychologin, dass ab November 2012 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Dem Bericht der Ärzte der O. \_\_\_ vom Januar 2014 ist eine volle Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen. Im Medas-Gutachten wurde dem Beschwerdeführer schliesslich eine Arbeitsfähigkeit von 66 % in einer angepassten Tätigkeit attestiert. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin nach Ablauf des Wartejahres (Februar 2013) von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit, ab Januar 2014 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und ab Januar 2015 (Zeitpunkt der Begutachtung) von einer 66%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging (vgl. Urk. 2/1 Verfügungsteil 2 S. 2).

Der medizinische Sachverhalt ist als in diesem Sinne erstellt zu betrachten. Angesichts der medizinischen Aktenlage sind keine weiteren Abklärungen erforderlich.

#### **E. 4.6**

Die im Verfügungsteil 2 der angefochtenen Verfügungen vom 20. Juni 2016 (Urk. 2/1-3) vorgenommenen Einkommensvergleiche erweisen sich als korrekt und wurden auch vom Beschwerdeführer nicht beanstandet.

Demnach hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht eine halbe Rente ab Februar 2013, eine ganze Rente ab April 2014 (drei Monate nach Verschlechterung) sowie

wiederum eine halbe Rente ab April 2015 (drei Monate nach Verbesserung) zugesprochen. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen 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 Mosimann Neuenschwander-Erni

## **E. 6**

Vom 24. September bis 6. November 2007 befand sich der Beschwerdeführer in der I. \_\_\_\_\_. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 13. November 2007 (Urk. 9/7) wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen genannt (S. 1 Mitte): - Unfall vom 03.03.2007: Auffahrunfall mit HWS-Distorsionstrauma, Kniekontusion links, Ellbogenkontusion rechts - chronisches zervikospodylogenes und -zephales Schmerzsyndrom - persistierende belastungsabhängige Knieschmerzen links bei schräg verlaufendem Riss im verbliebenen Innenmeniskushinterhorn links - länger dauernde depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung bei anhaltender Schmerzproblematik und psychosozialen Belastungsfaktoren

Die Ärzte der I. \_\_\_\_ führten aus, es liege keine psychiatrische Störung mit Krankheitswert vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte. Die Tätigkeit als Koch (ganztags gehende/stehende Tätigkeit) wie auch diejenige als Behindertenpädagoge (körperlich schwere Arbeit bei der Mithilfe beim An- und Auskleiden) sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar (S. 2 oben). Die Schmerzproblematik sei durch verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren ungünstig beeinflusst worden, so dass es

intermittierend zu deutlichen Tagesschwankungen gekommen sei. Bei guter Leistungsbereitschaft und Konsistenz habe eine leichte Verbesserung der Belastbarkeit erreicht werden können (S. 3 Mitte). 3.

#### **E. 7**

Vom 19. Januar bis zum 15. April 2011 befand sich der Beschwerdeführer im J.\_\_\_\_ im stationären Aufenthalt. Im Austrittsbericht der Ärzte der K.\_\_\_\_ vom 14. April 2011 (Urk. 9/93/9-11) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 unten): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4) - Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent seit August 2010 (F10.20) - anamnestisch bipolare affektive Störung (F31)

Die Ärzte der K.\_\_\_\_ gaben an, dass bei Eintritt die deprimierte Stimmung, die auffällige Gereiztheit, die Antriebsreduktion und die Schlafstörungen im Vordergrund gestanden hätten. Die rezidivierenden depressiven Einbrüche seien auf Überforderungssituationen bei der Arbeit und missglückte soziale Reintegration nach einem Alkoholentzug zurückzuführen. Die depressiven Symptome seien bei Austritt weitgehend remittiert gewesen (S. 3 oben).

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