

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00961 vom 14. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00961

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00961 du 14 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00961 del 14 luglio 2017

Erwägungen

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

Am 12. Oktober 2012 (Urk. 7/80) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass eine polydisziplinäre Untersuchung der Fachdisziplinen Allgemeine

Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie sowie Neurologie notwendig sei. Am 26. Oktober 2012 (Urk. 7/82) versandte die IV-Stelle die Akten des Versicherten an die Z.____ (nachfolgend: MEDAS). Am 12. November 2012 (Urk. 7/84) erfolgte die Mitteilung an den Versicherten, dass die Begutachtung durch die MEDAS erfolge, unter Nennung der mit der Begutachtung betrauten Fachärzte. Aufgrund eines am 22. November 2012 (Urk. 7/85/1) gestellten Antrages des Versicherten hielt die IV-Stelle mit Zwischenverfügung vom 26. November 2012 (Urk. 7/88) an der Begutachtungsstelle MEDAS sowie an den vorgeschlagenen Fachärzten fest. Mit Urteil vom 28. März 2013 (Verfahren Nr. IV.2013.0040, Urk. 7/93) wurde die dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 7/89/3-13) vom hiesigen Gericht insoweit gutgeheissen, als die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde, damit diese, neben der Übermittlung des standardisierten Merkblattes einen individuell- konkreten Fragenkatalog an die Gutachterstelle formuliere und die Auftragsvergabe über die webbasierte Plattform SuisseMED@P in den Verfahrensakten dokumentiere, eventualiter im Falle der Unmöglichkeit einer nachträglichen Dokumentation eine dokumentierte neue Zuteilung vornehme (Urk. 7/93/16 f.). Das Bundesgericht trat auf die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil 9C_362/2013 vom 10. Juni 2013 (Urk. 7/95) nicht ein.

E. 1.3

In Umsetzung des kantonalen Urteils vom 28. März 2013 (Urk. 7/93) dokumentierte die IV-Stelle am 13. August 2013 (Urk. 7/100) die Auftragsvergabe und stellte der Gutachterstelle MEDAS am 30. Dezember 2013 (Urk. 7/106) einen aktualisierten Fragenkatalog zu. Mit Schreiben vom 20. Januar 2014 (Urk. 7/109) wurde dem Versicherten Frist zur Einreichung von Zusatzfragen angesetzt, worauf dieser am 27. Januar 2014 (Urk. 7/113) seinen Verzicht mitteilte. Am 16. Dezember 2014 erstatteten die Fachärzte der MEDAS ihr Gutachten (Urk. 7/122). In der Folge stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. Januar 2015 (Urk. 7/124) die Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob dieser am 24. Februar (Urk. 7/128) sowie am 28. April 2015 (Urk. 7/135) Einwände und reichte im Verlauf des Vorbescheidverfahrens diverse neue Arztberichte ein (Urk. 7/134, 7/137/1, 7/144, 7/150, 7/154). Mit Schreiben vom 23. Juni 2015 (Urk. 7/139) ersuchte die Beschwerdegegnerin die Gutachterstelle um eine Stellungnahme zu den vorgebrachten Einwänden, welche am 6. August 2015 abgegeben wurde (Urk. 7/140). Mit Verfügung vom 11. Juli 2016 (Urk. 7/161) verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf eine Invalidenrente. 2.

Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 8. September 2016 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte die Zusprechung einer Invalidenrente auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 %, die Entfernung des Gutachtens der MEDAS vom 16. Dezember 2014, die Einholung eines poly- disziplinären Gerichtsgutachtens, eine neue Beurteilung des Rentenanspruchs nach Vorliegen des neuen Gutachtens, eventualiter die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines neuen Gutachtens. Mit Beschwerdeerhebung reichte er einen Bericht des A. ___ vom 10. August 2016 (Urk. 3) ein. Mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2016 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer erklärte in der Folge den Verzicht auf eine öffentliche Verhandlung, die er zu Beginn des Verfahrens verlangt hatte (Urk. 9). Mit Replik vom 4. Mai 2017 (Urk. 11) hielt der Beschwerdeführer an den gestellten Rechtsbegehren fest und reichte neue Berichte des B. ___ (Dr. med. C. ___, leitender Arzt der Klinik für Rheumatologie und muskuloskelettale Rehabilitation, 20. Juni 2016, Urk. 12/2; Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, 21. März 2017, Urk. 12/3) ein. Mit Schreiben vom 26. Mai 2017 (Urk. 14) teilte die Beschwerdegegnerin ihren Verzicht auf eine Duplik mit, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 30. Mai 2017 (Urk. 15) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung:

E. 2

G emäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diag. nostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall an hand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V

547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2016 (Urk. 2) ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf das eingeholte Gutachten vom 16. Dezember 2014 von einer Unzumutbarkeit der ursprünglichen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Sicherheitsbeamter mit hoher Gehstrecke und möglichen Kampfeinsätzen aus. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit beurteilte sie als uneingeschränkt zumutbar. Gestützt auf die zusätzlichen medizinischen Abklärungen und die vorgenommene Ressourcenprüfung unter Berücksichtigung der geltend gemachten Rechtsprechungsänderung werde am ursprünglichen Entscheid, wonach das Leistungsbegehren abzuweisen sei, festgehalten (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer mit Beschwerde vom 8. September 2016 entgegen, dass die Beschwerdegegnerin Art. 43 ATSG verletzt habe, indem sie auf das Gutachten der MEDAS abgestellt habe. Dieses stehe im Widerspruch zur Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281. Die Beschwerdegegnerin habe diesbezüglich lediglich festgestellt, dass sie diese geänderte Rechtsprechung berücksichtigt habe. Weder habe sie dies begründet, noch sei dies aus den Akten ersichtlich. Sein Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, sei in seinem Kommentar vom 24. April 2015, welcher der Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 28. April 2015 zur Kenntnis gebracht worden sei, auf zahlreiche Mängel des Gutachtens eingegangen (Urk. 1 S. 6). Unter Berücksichtigung dieser Mängel sei ersichtlich, dass die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit auch für eine leidensadaptierte Tätigkeit nicht schlüssig und nachvollziehbar sein könne. Die Beschwerdegegnerin sei in der angefochtenen Verfügung nicht auf diese Kritikpunkte eingegangen, sondern habe lediglich festgehalten, dass gemäss den Gutachtern die Ausführungen zur Nichtverwertbarkeit des Gutachtens nicht nachvollziehbar seien. Damit verletze sie ihre Abklärungspflicht gemäss Art. 43 ATSG (Urk. 1 S. 7). Zudem sei das MEDAS-Gutachten mittlerweile mehr als zwei Jahre alt und der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich zwischenzeitlich weiter verschlechtert. Aufgrund dieser Mängel sei das MEDAS-Gutachten aus dem Recht zu weisen und eine neue polydisziplinäre Begutachtung in die Wege zu leiten (Urk. 1 S. 8).

Der Beschwerdeführer brachte weiter vor, er habe keine Gelegenheit gehabt, zu den von der Beschwerdegegnerin an die Gutachterstelle MEDAS gestellten Zusatzfragen Stellung zu nehmen und ebenfalls Ergänzungsfragen zu stellen. Zudem habe er sich auch nicht zur Stellungnahme der MEDAS äussern können. Durch dieses Vorgehen habe die Beschwerdegegnerin seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt (Urk. 1 S. 8).

Aufgrund der vorliegenden medizinischen Beurteilungen sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers noch einmal wesentlich verschlechtert habe, was unter anderem aus dem Arztbericht von Dr. C.____ vom 6. Mai 2016 hervorgehe (Urk. 1 S. 8).

Gemäss dem Feststellungsblatt vom 11. Juli 2016 habe sich am 21. Juni 2016 einzig ein Facharzt für Anästhesiologie mit der Frage einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 8). Dadurch habe die Beschwerdegegnerin die ihr obliegende Aufklärungspflicht gemäss Art. 43 ATSG verletzt. Dem Feststellungsblatt könne zudem entnommen werden, dass die anstehende umfassende neurologische Untersuchung bei Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, nicht abgewartet worden sei. Dies obschon Dr. C.____ im Arztbericht vom 6. Mai 2016 ausdrücklich empfohlen habe, sich für die langjährige Schmerzproblematik im linken Bein auf die ausstehende Beurteilung von Dr. E.____ abzustützen. Indem die Beschwerdegegnerin dieser Einschätzung nicht gefolgt sei, habe sie Art. 43 ATSG verletzt (Urk. 1 S. 9).

Die Annahme der Beschwerdegegnerin, wonach Schmerzstörungen keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken würden, stehe im auffallenden Kontrast zur Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit dem 17. Juli 2006 anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig und kaum mehr in der Lage sei, seinen Alltag zu meistern. Aktuell habe der Beschwerdeführer bei einem Aufenthalt im Tessin notfallmässig das Spital in A.____ aufsuchen müssen, wo eine Arthrose diagnostiziert worden sei (Urk. 1 S. 10).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer rügte eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, da ihm weder ermöglicht worden sei, sich zu den Ergänzungsfragen der IV-Stelle an die Gutachterstelle zu äussern noch eigene Ergänzungsfragen zu stellen (Urk. 1 S. 8).

Die mit Schreiben vom 23. Juni 2015 (Urk. 7/139) an die MEDAS-Gutachter übermittelten Ergänzungsfragen basierten auf den Einwänden des Beschwerdeführers und den Schreiben des Hausarztes Dr. D.____ (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.3 am Ende). Vor Erlass der angefochtenen Verfügung erhielt der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer sowohl von den gestellten Fragen als auch von den gutachterlichen Antworten Kenntnis (vgl. Urk. 7/148). Damit hätte er die Gelegenheit gehabt, sich im Vorbescheidverfahren dazu zu äussern und allfällige weitere Fragen an die Gutachter zu formulieren, worauf er jedoch verzichtete und stattdessen dem Erlass einer angefochtenen Verfügung in der Sache verlangte. Auch hatte er vor Durchführung der Begutachtung die Möglichkeit, den Sachverständigen eigene Ergänzungsfragen zu stellen, worauf er mit Schreiben vom 27. Januar 2014 ausdrücklich verzichtet hatte (Urk. 7/113). Das Vorgehen der IV-Stelle stellt damit keine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar.

E. 3.2

Weiter machte der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht gemäss Art. 43 ATSG verletzt, indem sie den beantragten Bericht des Neurologen Dr. med. E.____ nicht eingeholt habe (Urk. 1 S. 9).

Den Vorakten kann hierzu entnommen werden, dass der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 26. November 2015 beantragt hatte, einen Bericht bei Dr. E.____ einzuholen (Urk. 7/146/1). Wann Dr. E.____ das entsprechende Formular zugestellt wurde, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Am 25. April 2016 (Urk. 7/152) erfolgte zunächst eine schriftliche und am 9. Mai 2016 (Urk. 7/153) eine telefonische Erinnerung an diese Pendeuz. Weiter ist dem Bericht der Rheumatologie des B.____ vom 6. Mai 2016 zu entnehmen, dass die Untersuchungen durch Dr. E.____ auch nicht konklusiv gewesen sei (Urk. 7/154/2). Darauf wies auch der RAD-Arzt Dr. med. F.____, Facharzt für Anästhesiologie, hin, wie dem Feststellungsblatt zum Beschluss vom 11. Juli 2016 zu entnehmen ist (Urk. 7/160/5). Die Beschwerdegegnerin durfte in antizipierter Beweiswürdigung davon ausgehen, dass dieser Bericht keine neuen Erkenntnisse liefern würde (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3). Einen aktuellen Bericht von Dr. E.____ hat der Beschwerdeführer denn auch bis heute nicht eingereicht. Entsprechend liegt keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes gemäss Art. 43 ATSG vor.

E. 4

. 2 .6

Im Rahmen der Konsensbeurteilung massen die Gutachter einzig den von Dr. M.____ gestellten orthopädischen Diagnosen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu, mithin der linken Gonarthrose, dem chronischen lumbovertebralen und lumbospondylogenen Schmerzsyndrom und dem Zervi kal syndrom (Urk. 7/122/31). Sie hielten fest, gewisse geklagte Schmerzen seien nachvollziehbar. Einerseits aufgrund einer reduzierten Rückenbelastbarkeit bei fortgeschrittener Osteochondrose L4/5, andererseits wegen einer mittelgradigen Gonarthrose des linken Knies. Rein somatisch betrachtet ergebe dies in einer leidensangepassten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit um rund 20 % reduzierter Leistungsfähigkeit. Diese Einschränkung sei durch einen schmerzbedingt erhöhten Pausenbedarf respektive ein möglicher Weise reduziertes Arbeitstempo begründet (Urk. 7/122/30). Sie beurteilten dabei alle körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten unter Vermeidung von Wirbelsäulenzwangshaltungen, längeren Gehstrecken, längerem Stehen und längerem Sitzen als leidensangepasst. Als nicht geeignet erachteten sie Arbeiten mit Begehen von Gerüsten, gehen auf unebenem Boden und ständigem Treppensteigen oder dem Hantieren mit schlagenden und vibrierenden Maschinen. Betreffend Arbeiten mit monotoner Kopfhaltung und Überkopf arbeiten hielten die medizinischen Sachverständigen fest, diese seien selten zumutbar (Urk. 7/122/32).

Aus psychiatrischer Sicht hätten sich keine Hinweise für eine versicherungsmedizinisch relevante Erkrankung ergeben. Betreffend die chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41) seien die Förster-Ausnahmekriterien nur teilweise erfüllt. Die Behandlungsmöglichkeiten seien noch nicht ausgeschöpft worden, die Behandlungsversuche seien noch nicht konsequent genug und bisher ohne entsprechend hohe Behandlungsaktivität gewesen. Auch bestehe kein sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens. Aus psychiatrischer Sicht sei deshalb nicht von einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 7/122/30).

E. 4.1

Im Urteil vom 24. Januar 2012 stellte das Gericht für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation bis zum damaligen Verfügungszeitpunkt am 27. Januar 2010 in somatischer Hinsicht auf das seitens des privaten Krankentaggeldversicherers eingeholten Gutachten von Dr. med. G.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin vom 13. September 2008 ab. Dieser diagnostizierte ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links bei Status nach zweimaliger Diskushernien-Operation L4/L5 links 1983 und 1997 sowie ein chronisches zervikospondylogenes und zervikozephalas Syndrom bei Diskushernie C3/C4 ohne Neurokompression. Der Gutachter erwähnte eine festgestellte erhebliche Diskusprotrusion zwischen den geklagten Bandscheiben und der klinischen Untersuchung. Seiner Ansicht folgend erachtete das Gericht die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht als nicht eingeschränkt. Betreffend den psychischen Gesundheitszustand befand das Gericht, es sei ein Gutachten notwendig, und wies die Sache hierfür an die Beschwerdegegnerin zurück (Urk. 7/62).

Vor der neuen Begutachtung wurde die Aktenlage vervollständigt.

Am 17. Juni 2011 war das linke Knie des Beschwerdeführers in den H.____, magnetresonanztomographisch untersucht worden. Im Untersuchungsbericht wurde ein degenerativ veränderter Restmeniskus medial bei Status nach Teilmeniskektomie mit feinen Einrissen vor allem im Hinterhorn und auf Höhe der Pars intermedia beschrieben. Auf Höhe des medialen Kniekompartimentes sei eine Chondromalacie Grad IV festgestellt worden. Zudem hätten ein leichtgradiger Gelenkserguss sowie eine schmale, längliche Bakerzyste bestanden. Die abgebildeten Bänder hätten sich intakt gezeigt (Urk. 7/76/11).

Am 3. Oktober 2013 (Urk. 7/103) berichtete Dr. D.____ der Beschwerdegegnerin über die Behandlung des Beschwerdeführers. Dieser klagte aktuell über eine Schmerzzunahme im Vergleich zur Vorwoche. Für die vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübte Tätigkeit hielt Dr. D.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 2006 fest (Urk. 7/103/2).

Dr. D.____ zählte folgende Diagnosen auf, denen er einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannte (Urk. 7/103/5 f.) : - Invalidisierendes Lumbovertebralsyndrom mit thorakaler und zervikaler Ausbreitung, therapieresistenten Schmerzen vor allem im Sitzen und Gehen, vor allem im linken Bein und im Bereich des Hodensackes mit brennenden Schmerzen im Unterschenkel. Ausstrahlung vor allem ins linke Bein mit sensiblem Syndrom L4 links vor allem im Bereich des Hämatoms L4. Beginn desselben nach Treppensturz am 25. Mai 2006 - Chondropathie Grad IV, degenerative Meniskusläsion im linken Knie (MRI 17. Juni 2011) - Zervikospondylogenes Syndrom rechts betont (ICD-10: M54.2) bei Osteochondrose und Bandscheibenprotrusion C3/4 (MRI Oktober 1996) - Status nach Schädelhirntrauma, Halswirbelsäulentrauma 1991 - Status nach Schulterfraktur 1982 - Migräne seit 1980, Exazerbation nach Halswirbelsäulentrauma 1991 - Status nach Teilmeniskektomie rechts 1982 während des Militärdienstes - Status nach Autounfall mit Frontalkollision bei Bremsversagen am 22. Oktober 1982 mit Bewusstlosigkeit und Schulterfraktur - Status nach Vespaunfall in Rom 1969 - Status nach Baustellenunfall, Stein auf Arbeiterhelm 1981 - Status nach Sturz auf Geröllhalde 1965 - Status nach Velounfall 1966

Einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verneinte er hingegen bezüglich folgender Diagnosen (Urk. 7/103/6) : - Hyperazidität des Magens, chronischer Reflux - COPD Gold 1-2, mit inhalativen Medikamenten recht gut - Status nach atropher Gastroenteritis mit Meläna, Hämatemesis und Cortison - infiltration im B.____ 1986 - Status nach Pangastritis

(Gastroskopie 2011) - Arterielle Hypertonie, Erstdiagnose Januar 2011 - Weiche Leiste links, keine Hernie - Lebersteatose unklarer Ätiologie, Abklärung durch Dr. E.____, Neurologe, Winterthur, I.____ und J.____

E. 4.2.1

Gestützt auf die am 4., 5. und 18. Februar 2014 durchgeführten persönlichen Untersuchungen und die von der Beschwerdeführerin zur Verfügung gestellten medizinischen Vorakten erstatteten die MEDAS-Sachverständigen dieser am 16. Dezember 2014 (Urk. 7/122) ihr polydisziplinäres Gutachten.

E. 4.2.2

Gegenüber Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen im linken Fuss, der gesamten linken Körperseite bis zum linken Hoden sowie Rückenschmerzen und Schmerzen im linken Kniegelenk. Das linke Sprunggelenk würde bei Belastung anschwellen und die Arme oft kribbeln, besonders nachts. Zudem sei er auf beiden Ohren schwerhörig (Urk. 7/122/59).

Dr. K.____ diagnostizierte auf allgemein-internistischem Fachgebiet eine medikamentös behandelte arterielle Hypertonie sowie eine zurzeit symptomfreie spastische Bronchitis. Den Diagnosen mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 7/122/62).

E. 4.2.3

Gegenüber Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie, nannte der Beschwerdeführer als hauptsächlichste Beschwerden ein therapieresistentes, chronisches lumbales Rückenleiden mit Ausstrahlung insbesondere zum linken Bein, speziell auch mit dem Gefühl von Knieschmerzen

(Urk. 7/122/19).

Im Rahmen der klinischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer Dr. L.____ über eine Hypästhesie sowie eine Hypalgesie des linken Beines berichtet, wobei die Ausprägung über der Tibiolateralseite des linken Unterschenkels stärker als über der Wade und an der Unterschenkel-Innenseite gewesen sei. Am linken Fuss habe der Beschwerdeführer eine deutliche Dysalgesie und Allodynie mit Betonung über dem Grosszehenbereich, weniger aussenseitig angegeben. Die Sensibilität im rechten Bein sei hingegen wie auch diejenige im Bereich beider Oberschenkel als normal bezeichnet worden. Das motorische Bewegungsrepertoire habe sich sehr stark durch vorsichtige, vermeidende Verhaltensweisen geprägt gezeigt. Sämtliche Bewegungen seien nur vorsichtig und langsam durchgeführt worden, wobei das Auftreten von angegebenen Schmerzen jeweils schon antizipiert worden sei (Urk. 7/122/22). Die Waddell-Zeichen seien deutlich positiv gewesen (5 von 5). Die Pseudorotation habe sich wiederholt geprüft deutlich pathologisch gezeigt. Ein Druck auf den Oberkopf sei mit einer lumbalen Schmerzsymptomatik beschrieben worden. Das Ausdrucksverhalten habe sich bereits bei leichtem Druck mit der Fingerkuppe im tieflumbalen Bereich als hyperexpressiv gezeigt. Ein konkretes Schmerzmaximum habe sich dabei nicht erkennen lassen. Die Seitneigung nach links lumbal sei als stärker schmerzhaft beschrieben worden als die Bewegung nach rechts. Die HWS sei nicht beeinträchtigt sowie frei beweglich gewesen und es habe sich keine Druckdolenz der Dornfortsatzreihe und der Querfortsatzreihen gezeigt. Die BWS habe keine Klopfempfindlichkeit gezeigt. Hingegen habe sich eine diffuse Druckdolenz über dem thorakolumbalen Übergang gezeigt mit zunehmender Schmerzempfindlichkeit zur

mittleren und insbesondere unteren LWS. In diesem Bereich habe schon das leichte Betupfen mit dem Zeigefinger dazu geführt, dass der Beschwerdeführer mit leidender, angespannter Mimik und schmerzantizipierender Erwartungshaltung über starke Schmerzen geklagt habe (Urk. 7/122/23).

Dr. L.____ diagnostizierte aus neurologischer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit ein chronisches lumbospondylo genes Schmerzsyndrom ohne Hinweis für eine lumboradikuläre relevante Reiz- oder Defizitsymptomatik (mit Ausnahme eines residualen sensiblen Defizits L5 distal links) (Urk. 7/122/27).

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mass er den folgenden Diagnosen bei (Urk. 7/122/27): - Zervikalsyndrom bei leichten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule ohne Hinweis für eine Radikulopathie - Episodische Migräne ohne Aura - Hinweise für suboptimales Anstrengungsverhalten und Beschwerdeausweitung

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Sicherheitsbeamter erachtete Dr. L.____ als nicht mehr zumutbar. Hingegen beurteilte er ideal leidensangepasste Tätigkeiten als vollzeitlich zumutbar bei einer 80%igen Leistungsfähigkeit. Er hielt fest, dass diese Einschätzung seit dem Sturzereignis im Jahr 2006 gelte, wobei allenfalls für eine Dauer von ein bis zwei Monaten auch in Verweistätigkeiten von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (Urk. 7/122/27 f.).

E. 4.2.4

Gegenüber Dr. med. M.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, klagte der Beschwerdeführer über chronische Schmerzen im Kreuz mit Ausstrahlungen in das linke Bein, in den lateralen Oberschenkel und in den medialen Unterschenkel. Daneben leide er an einem sockenförmigen Taubheitsgefühl mit Kribbelparästhesien sowie teilweise an einem Hitze- und Kältegefühl. Es würden ihm beide Hände einschlafen, wobei dies vor allem in der Nacht geschehe. Zudem bestünden auch Schmerzen im Bereich des linken Knies,

an dem

eine mediale Meniskektomie durchgeführt worden sei. Schliesslich klagte der Beschwerdeführer über Vergesslichkeit, eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit sowie vom Nacken ausgehende rechtsseitige Kopfschmerzen, die er mit Migränetabletten therapiere (Urk. 7/122/36).

Dr. M.____ beurteilte den klinischen Befund im Bereich der HWS und der oberen Extremität als nicht ausgeprägt. Der radiologische Befund finde nur ein geringes klinisches Korrelat. Im Bereich der LWS sei mit Abstützen auf den Beinen eine Inkliniation bis knapp zur Kniehöhe möglich gewesen. Das Aufrichten sei auf die Knie abgestützt ohne Ausweichen möglich gewesen, wobei Schmerzen im Kreuz angegeben worden seien. Es hätten sich lokale Druck- und Klopfdolenz im Bereich der LWS sowie über der mittleren BWS gezeigt. Im Bereich der gesamten Wirbelsäule sei die Muskulatur wenig ausgeprägt gewesen. Im Bereich der gesamten LWS habe sich ein leichter paravertebraler Hartspann gezeigt, wobei dieser über der unteren LWS sowie über der mittleren BWS besonders ausgeprägt gewesen sei. Hinweise einer Neurokompression hätten sich weder im Bereich der oberen noch der unteren Extremitäten gefunden. Für die angegebenen Beschwerden finde sich sowohl klinisch als auch radiologisch nur teilweise ein entsprechendes Substrat. Die aktuellen MRI der LWS zeigten sich im Befund verglichen mit denjenigen des Jahres

2007 nahezu unverändert. Im Bereich der HWS finde sich neu eine allfällige Tangierung von C4 und C5 rechts sowie C6 links. Die entsprechende Klinik fehle jedoch. In Bezug auf das linke Knie mit einer mittelmässigen Gonarthrose seien die Angaben des Beschwerdeführers nachvollziehbar (Urk. 7/122/45).

Dr. M.____ stellte ausschliesslich orthopädische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Gonarthrose links bei Status nach Menishektomie 1983 - Chronisches lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei (radiologisch) - fortgeschrittener Osteochondrose bei Status nach Diskushernien-operation L4/5 - kleine breitflächige Rezidivhernie ohne Beeinträchtigung neuraler Strukturen - Leichtgradige narbige Dorsalverziehung des Duralschlauchs nach links bei Status nach Hemilaminotomie - Diskrete narbige Veränderungen um die Nervenwurzel L5 links ohne Nachweis einer Verlagerung derselben - Zervikalsyndrom bei/mit - Foraminale Diskushernie HWK 3/4 rechts mit Kompression C4 rechts. Degenerativ und durch dorsales Diskusbulging bedingte foraminale Tangierung C5 rechts und C6 links

Aufgrund der vorausgesetzten hohen Gehbelastbarkeit verneinte Dr. M.____ eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Sicherheitsbereich. In einer angepassten Tätigkeit ging sie bei ganztägiger Präsenz von einer mindestens 80%igen Leistungsfähigkeit aus (Urk. 7/122/48) .

E. 4.2.5

Anlässlich des psychiatrischen Untersuchungsgesprächs berichtete der Versicherte Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von stark belastenden Schlafstörungen und diversen körperlichen Schmerzen sowie von Konzentrationsstörungen (Urk. 7/122/51) .

Dr. N.____ stellte einzig Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als Sicherheitsangestellter und in einer Verweistätigkeit (Urk. 7/122/58): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: F61.1; richtig: Z73.1)

Leichte depressive Episode, inzwischen remittiert

Der Psychiater führte aus, dass sich anlässlich der Untersuchung im Rahmen der Begutachtung keine Hinweise für eine versicherungsmedizinisch relevante psychiatrische Erkrankung ergeben hätten. Der Versicherte habe freundlich und zugewandt gewirkt, sei zeitweilig auch etwas nachdenklich gewesen, jedoch ohne eine depressive Herabgestimmtheit. Er habe sich emotional gut schwingungsfähig gezeigt (Urk. 7/122/53). In der Primärpersönlichkeit hätten sich vorwiegend anamnestisch - und nur zum Teil in der aktuellen Untersuchung erkennbar - ein leichtes Vermeidungsverhalten, anankastische Tendenzen, aber auch leichte narzisstische Züge gezeigt. Eine emotionale Instabilität habe sich nicht gezeigt. Es erscheine jedoch als möglich, dass diese zeitweilig in schwierigen Situationen in leichter Form manifest werden könnte. Der Versicherte habe leicht verletzlich und kränkbar gewirkt (Urk. 7/122/54).

E. 4.3

Am 25. Januar 2016 (Urk. 7/150) wurden der Beschwerdeführer durch die O.____ magnetresonanztomographisch untersucht. Die Untersuchung der LWS ergab den Hauptbefund im Segment L4/5 bei Bandscheibendegeneration, zirkulärer Protrusion, links mediolateral mit Riss der Bandscheibe. Periradikuläres Narbengewebe habe zur

Verstärkung der durch einen konsekutiv mässigen Kontakt zwischen der Bandscheibe und der Nervenwurzel L5 geführt (Urk. 7/150/1). Bei der Untersuchung der BWS wurde bei Status nach Morbus Scheuermann weder eine Störung des Alignements, noch eine thorakale Myelopathie oder spinale beziehungsweise foraminale Enge festgestellt (Urk. 7/150/2).

E. 5.1

Die Sachverständigen der MEDAS führten in ihren jeweiligen Fachdisziplinen umfassende Untersuchungen durch, welche sie durch die Einholung aktualisierter Bildgebungen und Berichte komplettierten. Unter Erörterung der erhobenen Befunde gelangten sie im Konsens zum Ergebnis, dass eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig den von der orthopädischen Gutachterin auf der Grundlage der durchgeführten Untersuchungen und in Berücksichtigung der medizinischen Vorakten sowie der aktualisierten Bildgebungen gestellten Diagnosen einer Gonarthrose links, eines chronischen lumbovertebralen und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms sowie eines Zervi kal syndroms beizumessen sei (Urk. 7/122/31). Indem sie in einer leidens angepassten Tätigkeit von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit bei um 20 % eingeschränkter Leistungsfähigkeit ausgingen, übernahmen die Gutachter die orthopädisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/122/30, 7/122/48). Auf Anfrage der IV-Stelle vom 23. Juni 2015 (Urk. 7/139) nahmen sie am 6. August 2015 (Urk. 7/140) Stellung zu den vorgebrachten Einwänden (Urk. 7/128, 7/135) und den diesen beigelegten Stellungnahmen des Hausarztes Dr. D.____ vom 24. April 2015 (Urk. 7/134) sowie vom 18. Juni 2015 (Urk. 7/137/1). Sie legten dabei dar, weshalb die vorgebrachten Argumente nichts an ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit änderten.

E. 5.2.1

Der Beschwerdeführer klagte anlässlich der Begutachtung über eine Vielzahl verschiedener Beschwerden, welche sich jedoch nur teilweise objektivieren liessen. Aufgrund der klinischen und bildgebenden Untersuchungen konnte ein somatisches Korrelat für die geklagten Schmerzen einzig im zervikalen, lumbovertebralen sowie lumbospondylogenen Bereich und im Knie gefunden werden. Aufgrund der erhobenen Befunde erweisen sich die Diagnosen einer Gonarthrose, eines chronischen lumbovertebralen und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms sowie eines Zervikalsyndroms als nachvollziehbar.

Der Hausarzt Dr. D.____ brachte in seiner Stellungnahme vom 24. April 2015 (Urk. 7/134) nichts vor, was dazu geeignet wäre, diese Beurteilung in Zweifel zu ziehen. Er verwies einzig vage darauf, dass sich die Schmerzsymptomatik im Bereich der LWS immer wieder verschlechtere, ohne dies durch Nennung von Befunden zu substantiieren (Urk. 7/134/2).

Auch aus den weiteren nach der Begutachtung datierenden ärztlichen Berichten ergeben sich keine neuen Erkenntnisse bezüglich Ursache der somatisch nicht erklärbaren Schmerzen oder Anhaltspunkte für relevante neu aufgetretene oder exazerbierte somatische Beschwerden: Die MRI-Untersuchungen vom 25. Januar 2016 (Urk. 7/150) zeigten im Vergleich zu denjenigen vom 5. und 18. Februar 2014 (vgl. Urk. 7/122/40) keine wesentliche Veränderung. Dies kommt auch i m Bericht der Rheumatologie des B.____ vom 6. Mai 2016 , in welchem diese aktuelle Bildgebung berücksichtigt wurde,

zum Ausdruck. Darin wurde von einer Ausstrahlung der zervikalen Schmerzen in den linken Arm berichtet. Die diesen Schmerzen zugrunde liegende morphostrukturelle

Pathologie wurde jedoch als nicht evident beurteilt und - ohne entsprechende Bildgebung - eine mögliche Ursache im Segment C5-C7 angenommen und von einem Einfluss psychischer Faktoren ausgegangen (Urk. 7/154/3). Dies steht im Einklang mit der von den MEDAS-Gutachtern festgestellten Kompression der Nervenwurzel C4 rechts und Tangierung von C5 rechts und C6 links sowie der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41, Urk. 7/122/31). Die Radiologie des B.____ überwies den Beschwerdeführer sodann mit Bericht vom 20. Juni 2016 spitalintern an das Schmerzzentrum, nachdem keine Ursache für die grossflächige Schmerzproblematik gefunden worden war und ebenso wenig wie vom Neurologen Dr. E.____ eine gezielte Behandlungsmöglichkeit angeboten werden konnte (Urk. 12/2).

Dem in diesem Beschwerdeverfahren neu eingereichten Bericht des A.____ (Urk. 3) ist einzig die Klage des Patienten über eine aktuelle Schmerzzunahme bezüglich der bereits von den MEDAS-Gutachtern diagnostizierten Kniearthrose links (vgl. Urk. 7/122/31) zu entnehmen, wobei das Röntgenbild keine Fraktur gezeigt habe.

Auch eine am 21. März 2017 im B.____ durchgeführte CT-Myelographie der LWS lieferte keine neuen Erkenntnisse (Urk. 12/3).

Damit ist durch die nach der Begutachtung erstellten ärztlichen Berichte keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachgewiesen, womit die Rüge der fehlenden Aktualität des Gutachtens (vgl. Urk. 1 S. 6) ins Leere geht. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht ist entsprechend vom Gesundheitszustand gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 16. Dezember 2014 (Urk. 7/122) auszugehen. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 5. Juli 2016 (Urk. 7/159) wiederum (vgl. Urk. 7/10) Kostengutsprache für eine beidseitige Hörgeräteversorgung erteilt wurde: Weder zeigt der Beschwerdeführer auf, weshalb diese Hilfsmittelversorgung rententangierend sein sollte, noch ist dies aus den Akten ersichtlich.

E. 5.2.2

Das hiesige Gericht hatte mit Urteil vom 24. Januar 2012 die medizinische Aktenlage in somatischer Hinsicht als ausreichend beurteilt und festgelegt, dass bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (27. Januar 2010) von einer aus somatischer Sicht uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 7/62/14). Davon abweichend wird im MEDAS-Gutachten von einer somatisch begründeten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bereits vor diesem Referenzzeitpunkt ausgegangen. Dies wird von den Sachverständigen damit begründet, dass sich das Knieleiden gemäss den Angaben des Hausarztes, Dr. D.____, chronisch über mehrere Jahre entwickelt habe, dieses jedoch erstmals im Verlauf des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens erwähnt worden sei (Urk. 7/122/33).

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der rheumatologische Gutachter Dr. G.____ anlässlich der körperlichen Untersuchung des Beschwerdeführers im Sommer 2008 noch keine abnorme Pathologie der Gelenke festgestellt hatte (Urk. 7/41/54). Das Knieleiden hatte erstmals im Sommer 2011 (Urk. 7/76/11) Erwähnung gefunden. Aus der Annahme, dass diesem Leiden ein mehrjähriger Verlauf zugrunde liegt, folgt, dass die Krankheitsentwicklung schon vor dem Verfügungserlass im Januar 2010 ihren Anfang genommen hatte. Es ist damit nicht zu beanstanden, wenn die MEDAS-Gutachter davon ausgehen, dass wahrscheinlich schon im Zeitraum davor eine gewisse somatische Ein

schränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden hatte.

Während Dr. G.____ in seinem rheumatologischen Gutachten im Jahr 2008 den Beschwerdeführer noch als aus somatischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig beurteilt hatte (Urk. 7/41/56 f.), gingen die MEDAS-Gutachter von einer sowohl qualitativ als auch quantitativ eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus. Diese Differenz ist einerseits dadurch begründet, dass ein Vergleich der aktuellen Bildgebungen der LWS mit denjenigen des Jahres 2007 ein weiteres Fortschreiten der vorbestehenden Osteochondrose im Bereich L4/5 ergab (Urk. 7/122/29), andererseits entwickelte sich seither im linken Knie wie gesagt eine mittelmässige Gonarthrose (Urk. 7/122/30).

Aufgrund der festgestellten, objektivierbaren körperlichen Einschränkungen legten die MEDAS-Gutachter ein Belastungsprofil für eine leidensangepasste Tätigkeit fest: Sie beurteilten körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten unter Vermeidung von Zwangshaltungen der Wirbelsäule und längerem Sitzen, Stehen und Gehen als zumutbar. Als unzumutbar qualifizierten sie Arbeiten in ständig gebückter und kauender Haltung, das Begehen von Gerüsten, das Gehen auf unebenem Boden sowie die Arbeit mit schlagenden oder vibrierenden Maschinen. Zudem gingen die Sachverständigen davon aus, dass Arbeiten mit monotoner Kopfhaltung und Überkopfarbeiten nur selten zumutbar sind (Urk. 7/122/32). Wegen der erforderlichen täglichen Gehstrecke von 25 bis 30 Kilometern sowie der möglichen körperlichen Auseinandersetzungen gingen sie davon aus, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht dem beschriebenen Tätigkeitsprofil entspricht und deshalb nicht mehr zumutbar ist (Urk. 7/122/31). Die quantitative Einschränkung der vollschichtig verwertbaren Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit begründeten die Gutachter mit einem schmerzbedingt erhöhten Pausenbedarf und einem allenfalls reduzierten Arbeitstempo (Urk. 7/122/30). Aufgrund der gestützt auf die erhobenen Befunde und die medizinischen Vorakten gestellten Diagnosen ist es - entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (Urk. 1 S. 6) - nachvollziehbar, dass die MEDAS-Gutachter zwar von einer Unzumutbarkeit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, aber von einer vollschichtigen Zumutbarkeit einer leidensangepassten Tätigkeit ausgehen. Dass die Gutachter aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und einer allfällig verlangsamten Arbeitsgeschwindigkeit bloss von einer 80%igen Leistungsfähigkeit ausgehen, erscheint sodann als eher grosszügig.

E. 5.3.1

Das hiesige Gericht hatte in seinem Urteil vom 24. Januar 2012 (IV.2010.00186 = Urk. 7/62) den psychischen Gesundheitszustand als ungenügend abgeklärt beurteilt. In Bezug auf das von Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag des Lebensversicherers Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG am 14. April 2009 (Urk. 7/41/2-15) erstattete psychiatrische Gutachten wurde festgehalten, dass sowohl die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung als auch die Annahme, dass deren Folgen überwindbar seien, nicht ausreichend begründet worden seien (Urk. 7/62/14 f.). Ein Abstellen auf das vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. med. Q.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fiel ebenfalls ausser Betracht, da dieses sich nur zur Arbeitsfähigkeit im Gutachtenzeitpunkt äusserte, die gestellte Diagnose einer unspezifischen Schmerzausdehnung (ICD-10: F68.0) mangels Diagnose einer gesicherten körperlichen Störung nicht nachvollziehbar war und ebenfalls eine Auseinandersetzung mit der willentlichen Überwindbarkeit der Krankheitsfolgen fehlte (Urk. 7/62/16).

E. 5.3.2

Der psychiatrische Gutachter der MEDAS Dr. N.____ stellte beim Beschwerdeführer ein leichtes Vermeidungsverhalten und anankastische sowie leichte narzisstische Tendenzen fest. Zudem erkannte er eine leichte Verletzlichkeit sowie eine Anfälligkeit für Kränkungen (Urk. 7/122/53). Zwar habe anschliessend an den Sturz im Jahr 2006 noch eine gewisse somatische Schmerzkomponente bestanden und eine solche hätte sich auch im Rahmen der orthopädischen Begutachtung gezeigt. Er erkannte den Einfluss einer somatoformen Komponente auf die aktuell geklagte Ausprägung der Schmerzen, weshalb er die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10-GM (2016): F45.41) stellte. Entscheidend für die Abgrenzung zwischen der von Dr. P.____ diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) und der von Dr. N.____ gestellten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10-GM (2016): F45.41) ist der Ausgangspunkt für die geklagten Schmerzen. Vorliegend ist mit Dr. N.____ davon auszugehen, dass der geklagte Schmerz nicht Folge eines emotionalen Konfliktes oder von psychosozialen Belastungen ist. Einerseits bestehen weiterhin gewisse somatische Faktoren wie eine fortgeschrittene Osteochondrose und ein Status nach zweimaliger Bandscheibenoperation, andererseits hatte auch das Sturzereignis im Jahr 2006 anfänglich eine gewisse somatische Schmerzkomponente zur Folge (Urk. 7/122/57).

Der von Dr. N.____ erhobene Psychostatus führte zu weitgehend unauffälligen Befunden. Einzig im Bereich der Persönlichkeit wurden ein leichtgradiges Vermeidungsverhalten sowie anankastische und leicht narzisstische Tendenzen festgestellt. Zudem erachtete er das Auftreten einer leichten emotionalen Instabilität in schwierigen Situationen in leichter Form als möglich (Urk. 7/122/53). Gestützt auf diese Befunde hielt er in Übereinstimmung mit dem psychiatrischen Konsilium der R.____ vom 10. April 2007 (Urk. 7/30/7) akzentuierte Persönlichkeitszüge fest.

Demgegenüber hatte der Vorgutachter Dr. Q.____ die Diagnose einer schizotypischen und paranoiden Persönlichkeitsstörung gestellt. Zu Recht hat sich Dr. N.____ dazu in dem Sinne geäussert, dass eine solche mit dem beruflichen Werdegang des Beschwerdeführers schwerlich vereinbar gewesen wäre. Insbesondere der Polizeidienst sowie die Tätigkeit als Gardist im Vatikan setzten eine hierarchische Unterordnung sowie eine affektive Beherrschung voraus. Auch die zugrunde liegenden Verhaltensweisen waren für Dr. N.____ nicht nachvollziehbar (Urk. 7/122/56). Zudem fand auch das aggravierende Verhalten keinen Eingang in die Beurteilung von Dr. Q.____ (vgl. IV.2010.00186 E. 5.4.2 = Urk. 7/62/16). Die Resultate des vom neuropsychologischen Gutachter lic. phil. S.____ durchgeführten Persönlichkeitstests liessen ebenso wenig auf eine Persönlichkeitsstörung schliessen (Urk. 7/41/22). Auch die in den Berichten des B.____ vom Mai und Juni 2016 genannten Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung sowie einer Schmerzverarbeitungsstörung ändern daran nichts. Diese sind als Verdachtsdiagnosen gekennzeichnet und es ist zudem unklar, wer diese gestellt hatte. Mangels Nennung entsprechender Befunde sind diese auch nicht nachvollziehbar (Urk. 7/154/1, Urk. 12/2 S.1).

Schliesslich stellte Dr. N.____ anlässlich der Untersuchung keine Anzeichen einer Depression mehr fest, weshalb er die im Jahr 2007 (Urk. 7/30/7) diagnostizierte leichte depressive Episode als remittiert beurteilte (Urk. 7/122/53, 7/122/58). Dies stimmt auch mit den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers überein, wonach er keine psychischen Probleme habe (Urk. 7/122/60).

E. 5.3.3

Nach der überarbeiteten Rechtsprechung ist bei der Invaliditätsbemessung auf Grund psychosomatischer Störungen, wozu auch die Diagnose ICD-10-GM (2016): F45.41 gehört (Urteil des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom

E. 5.3.4

In Übereinstimmung mit der von der Beschwerdegegnerin vertretenen Ansicht (Urk. 2 S. 2, 7/160/3 f.) ist eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nach den neuen Indikatoren auch auf der Grundlage der vorhandenen medizinischen Unterlagen möglich. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind damit keine ergänzenden Abklärungen erforderlich.

In der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ sind für den Komplex „Gesundheitsschädigung“ die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Behandlungs- und Eingliederungserfolg und die Komorbiditäten zu ermitteln (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1-E. 4.3.1.3). Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass ein Teil des Schmerzbildes durch die körperlichen Befunde erklärbar ist (Urk. 7/122/30), welche zu den Diagnosen einer fortgeschrittenen Osteochondrose sowie einer Kniearthrose führten (Urk. 7/122/31). Damit sind die Befunde der Schmerzstörung nicht sehr ausgeprägt. Das Fehlen eines Behandlungs- und Eingliederungserfolges ist wesentlich auf die subjektive Krankheitsüberzeugung und die fehlende Inanspruchnahme therapeutischer Optionen zurückzuführen. So äusserte sich der Beschwerdeführer gegenüber dem psychiatrischen MEDAS-Gutachter dahingehend, dass er sich aktuell aufgrund seiner Beschwerden keine regelmässige Tätigkeit vorstellen könne (Urk. 7/122/52). Gegenüber dem neurologischen Gutachter führte er aus, dass er aufgrund der massiv reduzierten Belastbarkeit keine Arbeitsfähigkeit sehe (Urk. 7/122/22). Zum Zeitpunkt der Begutachtung stand der Beschwerdeführer nicht in psychiatrischer Behandlung; er stand einzig im Monatsrhythmus in hausärztlicher Behandlung (Urk. 7/122/36, 7/122/44). Eine spezifische Schmerztherapie war zuletzt im April 2007 stationär im B.____ erfolgt (Urk. 7/30/15). Hingegen kann den Akten entnommen werden, dass der Beschwerdeführer zahlreiche aus ärztlicher Sicht als sinnvoll beurteilte medizinische Behandlungen abgelehnt hatte: Gemäss dem Bericht der Rheumatologie des I.____ vom 21. September 2006 lehnte der Beschwerdeführer eine epidurale Infiltration ab (Urk. 7/20/31). Ebenso lehnte er im April 2007 während des stationären Aufenthalts im B.____ eine psychiatrische Einzeltherapie ab (Urk. 7/20/13). Auch einer weiteren Hospitalisation verweigerte er sich gemäss dem Bericht des damaligen Hausarztes Dr. T.____ vom 23. Juni 2008 mit der Begründung, dass die bisherigen Hospitalisationen ohne Erfolg geblieben seien und er nur mit Medikamenten vollgepumpt worden sei (Urk. 7/29/3). Auch Dr. G.____ hielt in seinem Gutachten vom 13. September 2008 (Urk. 7/40/3) die kategorische Ablehnung einer als sinnvoll beurteilten psychiatrischen Behandlung fest. Lic. phil. S.____ berichtete in seinem neuropsychologischen Gutachten vom 7. März 2009 (Urk. 7/41/27) über die mangelnde Bereitschaft des Beschwerdeführers zu einer indizierten interdisziplinären Schmerztherapie. Dr. T.____ hatte dem Gutachter Dr. P.____ am 12. Januar 2009 telefonisch mitgeteilt, dass keine Psychopharmakotherapie stattfinde, da diese vom Beschwerdeführer als sinnlos erachtet werde. Zudem finde keine Behandlung im eigentlichen Sinn statt, sondern der Beschwerdeführer komme nur regelmässig vorbei, um das Arbeitsunfähigkeitsattest abzuholen (Urk. 7/41/8). In seinem Bericht vom 23. März 2010 hielt der Neurologe Dr. E.____ die Empfehlung einer erneuten peri radikulären Infiltration im Bereich der Nervenwurzel L5 fest, da der Beschwerdeführer von einer solchen früher gut profitiert

habe. Eine solche Behandlung habe dieser jedoch abgelehnt, da durch eine im Jahr 2007 im B.____ durchgeführte Infiltration ein schwerwiegendes Stoffwechselproblem (Nieren- und Leberversagen) ausgelöst worden und jegliche weiteren solchen Interventionen verboten worden seien. Dr. E.____ konnte diese Aussagen aufgrund der umfangreichen ihm zur Verfügung stehenden Akten nicht nachvollziehen (Urk. 7/76/8 f.) und er äusserte sich dahingehend, für den Umgang des Beschwerdeführers mit dem Schmerzproblem sei es nicht ganz untypisch, dass entweder relevante Fakten erst im Nachhinein bekannt gegeben, anscheinend nicht mehr gewusst werden oder Therapieansätze mit schwierig nachvollziehbaren Hindernissen verbaut würden (Urk. 7/76/8 f.).

Was den Komplex „Sozialer Kontext“ anbelangt (BGE 141 V 281 E. 4.3.3), fallen teilweise widersprüchliche Aussagen auf. Während der Versicherte gegenüber dem psychiatrischen Gutachter davon berichtete, dass sich die Situation in der Partnerschaft wieder konsolidiert habe (Urk. 7/122/49) und es keine Konflikte gebe (Urk. 7/122/53), hatte er am Vortag gegenüber der orthopädischen Gutachterin geäußert, die Partnerschaft stehe auf wackligen Füßen (Urk. 7/122/37). Der Orthopädin hatte er mitgeteilt, dass er sozial recht gut integriert und das soziale Netzwerk durch die Familie sichergestellt sei (Urk. 7/122/37). Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter berichtete der Beschwerdeführer einerseits von einem sozialen Rückzug seit der Erkrankung (Urk. 7/122/50), andererseits aber auch von einem guten Einvernehmen mit den Kindern der Exfrau und von gegenseitigen Besuchen (Urk. 7/122/51). Dem allgemeininternistischen Gutachter erzählte er davon, dass er wenige Freunde und wenig Kontakt mit Nachbarn habe (Urk. 7/122/60). Aus diesem Umstand könnte auf einen gewissen sozialen Rückzug geschlossen werden. Allerdings geht aus den Akten nicht hervor, dass der Versicherte zuvor ein viel aktiveres Sozialleben geführt hätte oder dass er diesbezüglich einen besonderen Leidensdruck verspüren würde. In Anbetracht dessen, dass er eine soweit intakte Partnerschaft mit Familie lebt und auch zur Exfrau gute Beziehungen aufrechtzuerhalten vermag, kann nicht von einem Rückzug in allen Bereichen gesprochen werden.

Bei der Prüfung der Kategorie „Konsistenz“ sodann (Vergleich der Aktivitätsniveaus der verschiedenen Lebensbereiche und Leidensdruck; BGE 141 V 281 E. 4.4) ist nochmals darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer bis zum Zeitpunkt der Begutachtung von den zur Verfügung stehenden Therapie- und Behandlungsoptionen kaum Gebrauch gemacht hatte. Zudem ist es augenfällig, dass der Beschwerdeführer jeweils dann seine Therapiebemühungen intensiviert hatte, wenn er einen für ihn negativen Entscheid der IV-Stelle erhalten hatte oder ein solcher bevorstand: Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. Januar 2010 (Urk. 7/54) einen Rentenanspruch verneint hatte, begab sich der Beschwerdeführer am 22. März 2010 in neurologische Behandlung zu Dr. E.____ (Urk. 7/60/9). Zwischen dem eine erneute Verneinung des Rentenanspruchs ankündigenden Vorbescheid vom 23. Januar 2015 (Urk. 7/124) und der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2016 (Urk. 2) nahm der Beschwerdeführer die Behandlung bei Dr. E.____ wieder auf (Urk. 7/146) und stellte sich am 4. Mai 2016 in der Rheumatologie des B.____ vor (Urk. 7/154). Auch die vom Beschwerdeführer mit seiner Stellungnahme vom 12. Mai 2016 (Urk. 7/154/7) geltend gemachte psychiatrische Behandlung durch Dr. med. U.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fand zum Zeitpunkt der Begutachtung noch nicht statt (vgl. Urk. 7/122/36, Urk. 7/122/44). Diese Behandlungen sind deshalb fraglich als Ausdruck eines grossen Leidensdruckes der Versicherte zu sehen, sondern sind eher unter dem Druck eines Prozesses aufgenommen worden. Zudem zeigt der Versicherte

Aktivitäten im sozialen Leben und kann die körperlich leichten Haushaltsarbeiten selbständig erledigen. Gegenüber der orthopädischen Gutachterin berichtete er zwar davon, dass er nicht alleine einkaufen und beidseits Gewichte bis ungefähr zehn Kilogramm tragen und heben könne. Überkopparbeiten könne er nur gelegentlich verrichten. Hingegen könne er abstauben und - ausser Teppiche - staubsaugen, Gemüse rüsten, den Tisch decken und das Geschirr in den Geschirrspüler einfüllen (Urk. 7/122/36). Bei diesen Gegebenheiten kann nicht von einer Schmerzstörung erheblichen funktionellen Schweregrades gesprochen werden. Insbesondere die Fähigkeit, mit einer gewissen Unterstützung durch den Partner bei körperlich anstrengenderen Arbeiten, den Haushalt zu führen, spricht dafür, dass er unter Berücksichtigung eines erhöhten Pausenbedarfs imstande ist, einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit gemäss dem gutachtlichen Belastungsprofil nachzugehen. Damit ist erstellt, dass die medizinische Behandlung nicht mit letzter Konsequenz erfolgt ist, was auf einen lediglich geringen Leidensdruck schliessen lässt.

Die Beurteilung von Dr. N.____, dass die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10-GM (2016): F45.41) sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke (Urk. 7/122/58), lässt sich somit auch anhand der neuen Indikatoren der Rechtsprechung stützen. Im Ergebnis ist auch die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes auf der Grundlage des Gutachtens vom 16. Dezember 2014 (Urk. 7/122) nicht zu beanstanden.

E. 5.4

Soweit in der Stellungnahme von Dr. D.____ gerügt wurde, dass immer wieder auf die Befunde der psychiatrischen und rheumatologischen Vorgutachten zurückgegriffen worden sei (Urk. 7/134/1), ist dies erforderlich, um den vom Bundesgericht an ein Gutachten gestellten Anforderungen betreffend Auseinandersetzung mit den Vorakten zu genügen (vgl. BGE 137 V 210 E. 6.2.4, 134 V 231 E. 5.1). Dies gilt umso mehr, wenn dieses - wie vorliegend auf dem psychiatrischen Fachgebiet - einen sehr langen Beurteilungszeitraum umfasst.

Der Beschwerdeführer erblickte eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes darin, dass die Frage nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch einen Anästhesiologen beurteilt wurde (Urk. 1 S. 8). Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden, da der Anästhesist Dr. F.____ in seiner Funktion als Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes keine medizinischen Befunde erhoben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde gewürdigt hatte. Dies stellt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 59 Abs. 2 bis IVG und Art. 49 Abs. 1 IVV dar, wofür kein spezifischer Facharztstitel vorausgesetzt wird (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1)

Damit ist in der Gesamtbetrachtung davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem Sturzereignis im Mai 2006 mit Ausnahme eines daran anschliessenden Zeitraums von zwei Monaten in einer den somatischen Gegebenheiten angepassten körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit gemäss Belastungsprofil vollschichtig arbeitsfähig ist. Aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs ist dabei von einer 80%igen Leistungsfähigkeit auszugehen (Urk. 7/122/31). Da eine solche Verweisungstätigkeit zumutbar ist, ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. 6.

6.1

6.1.1

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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). 6.1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG). 6.2

Wenn gestützt auf die Darlegungen der MEDAS-Gutachter zur rückblickend festgesetzten Arbeitsfähigkeit von einer rücken- und kniebedingt gänzlich eingeschränkten Arbeitsfähigkeit als Sicherheitsmitarbeiter seit dem Sturzereignis im Frühjahr 2006 ausgegangen wird (Urk. 7/122/31), jedoch von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mangels wesentlicher, objektivierbarer somatischer Veränderungen bereits ab einem Zeitpunkt kurze Zeit später und seither (Urk. 7/122/32) und die Anmeldung bei der Invalidenversicherung am 30. April 2008 erfolgt ist, wäre der früheste Rentenbeginn im Oktober 2008.

Dem Arbeitgeberbericht der Y.____ vom 13. Mai 2008 (Urk. 7/16/3) ist zu entnehmen, dass das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer seit dem 5. Juni 2004 bestanden hatte (Urk. 7/16/2) und der Jahresbruttolohn des Beschwerdeführers - seit dem 1. Januar 2006 unverändert - Fr. 58'500.-- (13 x Fr. 4'500.--) ohne Gesundheitsschaden betragen würde (Urk. 7/16/3). Entsprechend ist dieser Betrag als Valideinkommen des Jahres 2008 einzusetzen. 6.3

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens kann nach der Rechtsprechung bei Fehlen eines tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens

auf Tabellenlöhne gemäss den vom BFS periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abgestellt werden (BGE 139 V 592 E. 2 mit Hinweis auf BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

Der Beschwerdeführer hat nach dem Niederlegen der Arbeit

im Juli 2006 keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen. Aufgrund der qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die orthopädische Diagnose ist das Invalideneinkommen auf der Grundlage der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen LSE des Jahres 2008 zu bestimmen. Es ist dabei auf den Tabellenlohn im Anforderungsniveau

4 der LSE 2008 abzustellen, welcher eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4). Für das vom Beschwerdeführer weiterhin erzielbare Einkommen ist auf die Tabelle TA1 , Anforderungsniveau 4 , Männer, Total mit einem Bruttomonatslohn von Fr. 4'806.-- abzustellen . Für das zumutbare 80%-Pensum resultiert ein monatliches Bruttoeinkommen von Fr. 3'844.80.

Weiter ist die Tatsache, dass die LSE

2008 auf einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden basiert, die effektive betriebsübliche Arbeitszeit im Jahr 2008 jedoch 41,6 Wochenstunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [im Internet abrufbar], 2008 , total) betrug, zu berücksichtigen, so dass ein Invalideneinkommen von Fr. 47'983.10 resultiert.

Damit ergibt sich im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 58'500.-- (vgl. E. 6.1) ein Invaliditätsgrad von gerundet 18 %. Selbst die Berücksichtigung des maximal zulässigen leistungsbedingten Abzuges beim Invalideneinkommen von 25 % (vgl. zum Ganzen: BGE 134 V 322 E. 3.2) hätte lediglich einen Invaliditätsgrad von gerundet 38 % zur Folge. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liegt, besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente , was zur Abweisung der Beschwerde führt .

E. 7

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit.

a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Kosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen . Das Gericht 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: - Rechtsanwalt Michael Keiser - 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigPfefferli

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