

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01007 vom 16. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01007

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01007 du 16 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01007 del 16 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1955 geborene X.____, welcher in seinem Heimatland eine Ausbildung als Schuhmacher absolviert hatte, reiste 1977 in die Schweiz ein und war ab 1989 als Taxichauffeur angestellt. Am 28. Juni 2013 (Eingangsdatum) meldete er sich unter Hinweis auf insgesamt drei Unfälle, erlitten im Februar, Juni und Oktober 2011, sowie

auf Schmerzen im Rücken und im Hals bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 8/13).

Die IV-Stelle klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und zog die Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 8/25) sowie der Suva

bei (Urk. 8/22, Urk. 8/30, Urk. 8/31, Urk. 8/33). Am 2. April 2015 veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten (Urk. 8/42, vgl. auch Urk. 8/47 und Urk. 8/52). Die MEDAS Y.____ erstattete das Gutachten am 24. September 2015 (Urk. 8/58). Mit Vorbescheid vom 19. Oktober 2015 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 8/61), wogegen der Versicherte mit Eingabe vom 18. November 2015

Einwand erhob (Urk. 8/65). Die IV-Stelle zog daraufhin

weitere Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 8/70 und Urk. 8/71). Diese Akten sowie den Einwand des Versicherten vom 18. November 2015 liess die IV-Stelle der MEDAS am 29. Februar 2016 zukommen und bat um Ergänzung des Gutachtens (Urk. 8/72), woraufhin ihr am 8. März 2016 mitgeteilt wurde, ohne konkrete Zusatzfragen sei es nicht möglich, eine Stellungnahme zu verfassen (Urk. 8/79). Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) am 30. März 2016 zur neuen Aktenlage Stellung genommen hatte (Urk. 8/96/5-6), wies die IV-Stelle den Leistungsanspruch mit Verfügung vom 4. August 2016 wie vorbeschieden ab (Urk. 2 [= Urk. 8/97]).

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. 1.2.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsge mäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelische s Lei den mit Krankheitswert besteht, welche s die versicherte Person auch bei Auf bietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 14. September 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen; eventuell sei die Sache zur Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 12. Oktober 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 20. Oktober 2016 angezeigt wurde (Urk. 12).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, gemäss beweiskräftige m MEDAS-Gutachten bestehe keine langandauernde Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit. Ein strukturiertes Beweisverfahren sei nicht durchzuführen (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend,

die Beschwerdegegnerin hätte nach Erlass des Bundesgerichtsurteils (BGE) 141 V 281 ein strukturiertes Beweisverfahren durchführen mü ssen. Dies habe sie trotz mehrfacher Hinweise des Beschwerdeführers unterlassen; bereits die Fragestellung an die Gutachter sei nicht auf die im Zeitpunkt der Begutach tung bereits massgebende neue Rechtsprechung abgestimmt gewesen (Urk. 1 S. 5 ; vgl. auch Urk. 1 S. 15 ff.) . Die Begründung der Verdeutlichungstendenz durch den begutachtenden Psychiater sei sodann nicht haltbar. Seiner Befundung stehe ausserdem diejeni ge von Dr. Z.____ gegenüber. Weiter falle die gutachterliche Diskussion der Depressivität insgesamt zu kurz aus. Der begutachtende Psychiater widerspreche sich, wenn er eine Depressivität verneine, sein Testergebnis aber einen pathologischen Wert zeige. Von den behandelnden Ärzten werde kein Indiz genannt,

welches eine Verdeutlichungstendenz vermuten lasse (Urk. 1 S. 7 f.). Zu bemängeln sei ferner, dass die Beschwerdegegnerin den Gutachtern nicht sämtliche Akten vorgelegt habe; vorgelegen habe das Suva -Dossier zum Angriff vom 17. Dezember 2012, die Dossiers zu den Auffahrunfällen hätten sich nicht in den Akten befunden. Die Beschwerdegegnerin habe letztere auf den Einwand des Beschwerdeführers hin zwar noch eingeholt, es jedoch unterlassen, den Gutachtern Zusatzfragen zu stellen. Stattdessen habe sie den RAD Stellung nehmen lassen. Nicht zugestellt worden seien den Gutachtern die Berichte des A.____ zur Behandlung des Beschwerdeführers ab März 2012 sowie der Bericht der B.____ vom 18. Juli 2012. Dass diese Berichte keine Relevanz für die Beurteilung der MEDAS-Gutachter hätten haben sollen, wie vom RAD behauptet, sei nicht belegt. Durch seine Stellungnahme lasse sich auch der Mangel am Gutachten nicht heilen. Im Übrigen handle es sich beim RAD lediglich um einen Facharzt für Arbeitsmedizin (Urk. 1 S. 8-10). Mangelhaft sei das Gutachten sodann auch deshalb, weil der begutachtende Psychiater bloss die Verdachtsdiagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Depression gestellt und sich dadurch nicht abschliessend festgelegt habe. Die vom Psychiater als ablehnend bezeichnete Haltung des Beschwerdeführers hätte sodann besser beleuchtet werden müssen (Urk. 1 S. 11 f.). Die Gutachter hätten ausserdem die Zusatzfragen des Beschwerdeführers nicht beantwortet (Urk. 8 S. 12). 3.

E. 3

Die Suva stellte mit Verfügung vom 9. Januar 2014 die im Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. Dezember 2012 ausgerichteten Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) per 1. Februar 2014 ein. Die dagegen von X.____ am 5. Februar 2014 erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 21. Dezember 2015 ab, wogegen X.____ am 25. Januar 2016 Beschwerde beim hiesigen Gericht einlegte. Diese wies die Beschwerde mit heutigem Urteil ab (vgl. Prozess Nr. UV.2016.00025). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom

24. September 2015 beruht auf Untersuchungen in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie (Urk. 8/58/1). In der interdisziplinären Zusammenfassung des Gutachtens wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt (Urk. 8/58/21): - Alpträume (ICD-10 F51.5) - Metabolisches Syndrom, mit - Adipositas Simplex (165.5 cm/99 kg, Body Mass Index 36.14) - arterieller Hypertonie, wahrscheinlich „essentiell“, behandelt, aktuell 130/95 mmHg, bei - latenter hypertensiver Herzkrankheit (konzentrischer Hypertrophie des linken Ventrikels, 2008) - Diabetes mellitus Typ 2, Erstdiagnose jetzt, unbehandelt (HbA1c 6.8, normal 4.5 bis 5.7) - Dyslipidämie, Erstdiagnose jetzt, unbehandelt, bei - mässig erhöhten Werten von Gesamt- und LDL-Cholesterin, atherogenem Index und Triglyzeriden - Verdacht auf beginnende Lebersteatose, bei - leicht erhöhter GPT - Hypertensive und rhythmogene Herzkrankheit, behandelt, bei - Status nach chronischem Vorhofflimmern und zweimaliger linksatrialer Ablation

(2005) - Status nach Schrittmacherimplantation bei Sick sinus

syndrome (2006?) - Benigne Prostatahyperplasie, behandelt - Gastroösophagealer Reflux, behandelt, bei - kleiner Hiatushernie (endoskopisch 2007) - Hoher Verdacht auf anhaltende somatoforme Störung (ICD-10 F45.40), bei - chronischem vertebralem Schmerzsyndrom und rechtsseitigem Hemisyndrom ohne organisches Korrelat - Verdacht auf depressive Episode (ICD-10 F32.8) Die Gutachter führten sodann in ihrer zusammenfassenden Beurteilung aus (Urk. 8/58/19 f.) , subjektiv klage

der Beschwerdeführer nach vier Auffahrkollosionen

in erster Linie über Nackenschmerzen. Nach einer Rehabilitationshospitalisation in B.____ sei er während der Zeit des beruflichen Wiedereinstiegs am 12. (richtig: 17.) Dezember 2012 ([Ergänzung durch das Gericht:] durch den Schwiegervater seiner Tochter) so misshandelt worden, dass ein Sturz und

entsprechende Faustschläge zu einem erneuten starken Aufflammen der Nackenschmerzen geführt hätten, wobei die Schmerzstärke bis heute etwa gleich geblieben

sei, der Schmerz sich aber zeitlich, auch in Ruhe und nachts, auf 24 Stunden ausgedehnt habe, so dass er jede Nacht zwei- bis dreimal deswegen aufstehen müsse. Die Hauptlokalisation zeige er über den Dornfortsätzen des 6. und 7. Halswirbels, von wo

der Schmerz in den Kopf, in die rechte Schulter, die gesamte rechte obere Extremität sowie in die Lumbosakralregion ausstrahle. Am meisten schmerze die Extension

des Kopfes (Hantieren kranial des Kopfes sei nicht möglich), am zweitmeisten die Rotation; auch Wetterwechsel und Kälte seien schlimm.

Das zweitwichtigste Gesundheitsproblem sei die Depression, derentwegen er zuerst im Jahr 2011 in

B.____ und anschliessend in der C.____ behandelt worden sei.

Seit November 2013 werde er von einer Psychiaterin und einer Psychologin

betreut , welche beide serbokroatisch sprächen. Er leide immer noch unter Schlafproblemen und habe hier und da Suizidgedanken . Am schlimmsten erlebe er aber die Alpträume und

das Erwachen aus diesen. Weiter leide er an Herzrhythmusstörungen, weshalb ihm ein Schrittmacher implantiert worden sei.

Weiter führten die Gutachter aus (Urk. 8/58/20), auf ihre Frage , was ihn invalid mache, antworte der Beschwerdeführer : „Keine Lust zu leben" . Objektiv wirke der adipöse Beschwerdeführer altersentsprechend, frustriert und etwas negativistisch , aber höchstens leicht depressiv. Er spreche mit kräftiger Stimme recht gut Hochdeutsch. Im Neurostatus gebe er eine nicht- dermatomale Hyposensibilität der rechten oberen und der rechten unteren Extremität bei normalen und symmetrischen Muskeleigenreflexen an. Der Händedruck rechts entspreche nicht der symmetrisch ausgebildeten Muskulatur,

nach Insistieren erweise sich dieser als etwas besser. Der Beschwerdeführer habe ein tiefes Kauern dreimalig verweigert, nachdem ihm gelungen sei, sich bis zu einem Kniewinkel von 90° zu senken. Das tiefe Kauern ver ursache

Schmerzen in Knie und Wade rechts. Es bestehe eine unübersehbare Verdeutlichungstendenz. Zum Schluss hielten die Gutachter fest (Urk. 8/58/20 f.),

konventionell-radiologisch seien an der Halswirbelsäule degenerative Veränderungen, akzentuiert zwischen dem 4. und 7. Zervikalwirbel mit Osteochondrosen, Spondylosis deformans und beidseitigen Unkovertebralarthrosen und an der Lendenwirbelsäule beidseitige Spondylarthrosen zwischen dem 3. und 4. Lendenwirbel und dem Sakrum sichtbar. Der Rheumatologe diagnostiziere deshalb ein chronisches vertebrales Schmerzsyndrom und

ein rechtsseitiges Halbseiten schmerzsyndrom. Die Beschwerden seien organisch jedoch nicht erklärbar. Der begutachtende Rheumatologe diagnostiziere sodann ein rechtsbetontes femoropatella res

Schmerzsyndrom – wahrscheinlich

einer leichten, gegenwärtig nicht aktivierten Femoropatellar arthrose entsprechend – und veranlasse die Arbeitsunfähigkeit auf 0 % der Norm. Der Psychiater komme zum Schluss, dass Alpträume vorhanden seien; er

äusser den Verdacht auf eine depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Störung. Er halte jedoch dafür, dass dies keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe.

E. 3.2

Der begutachtende Psychiater hielt in seinem Teilgutachten vom 22. Juli 2015 im Wesentlichen fest (Urk. 8/58/35 f.), die Kindheit und Jugend des Beschwerdeführers sei durch die oft alkoholisierte Mutter geprägt gewesen (vgl. dazu ausführlich die Schilderungen in Urk. 8/58/28 f.), was für ihn immer wieder belastend gewesen sei. Trotzdem habe er seine Ausbildung abgeschlossen und sei für viele Jahre als Taxifahrer aktiv gewesen. Die Autounfälle habe der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht relativ gut überstanden, jedoch seien nach dem dritten Unfall gemäss seiner Darstellung teils massive Alpträume aufgetreten, die aber auch einen engen Zusammenhang mit den Erlebnissen durch die Mutter zu haben schienen. Nach dem Angriff durch Mitglieder seiner „Schwiegerfamilie“ vermeide er jeglichen Kontakt zu diesen, misstrauere der Familie und meide auch seine eigene Tochter. Er werde aufgebracht, wenn seine Frau versuche, den Kontakt

herzustellen. Bei diesem Thema wirke der Beschwerdeführer mehr belastet als durch die Unfälle. Er wirke auch gleichmässig belastet durch seine Alpträume. In Auseinandersetzung mit den sich in den Akten befindenden Berichten sei anzumerken, dass die Angaben zur Lebensgeschichte über die Zeit bis zur jetzigen Exploration konsistent seien. Recht inkonsistent seien jedoch die Angaben zum psychischen Befinden und die psychiatrischen Diagnosen. Obwohl praktisch durchgehend von einer 100% Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werde, schwankten die Diagnosen in teils engen Zeiträumen von einer Dysthymia über eine Anpassungsstörung bis hin zu schweren Episoden einer rezidivierenden Depression oder nur einer Depression. Die Befunde/ Psychostaten seien mehrheitlich recht knapp gehalten. Es sei jedoch nach den ICD-

E. 3.3

Der begutachtende Rheumatologe führte in seiner Beurteilung aus (Urk. 8/58/44 f.), es liege eine komplexe „traumatische“ Voranamnese vor mit verschiedenen Unfällen und Gewalteinwirkungen. Dementsprechend liege auch eine erhebliche Aktenlage im Bereich des Bewegungsapparates vor. Heute berichte der Beschwerdeführer über ein chronifiziertes

Schmerzsyndrom betont im Nacken, Rückenbereich, Hinterkopf sowie im gesamten rechten Arm und am rechten Bein eher hinten. Die Schmerzen seien im höchsten quantitativen Ausmass, es bestünden nur sehr kurzzeitig schmerzfreie Phasen. Schmerzlindernd sei eigentlich nur das Liegen auf dem Rücken. Der Beschwerdeführer fühle sich heute nicht mehr arbeitsfähig, begründe dies auch durch die schwierige Situation im Arbeitsmarkt in seinem Alter. Die rheumatologische Untersuchung ergebe geringgradige Befunde, so sei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule (Rotation in Neutralstellung, Inklination/ Reklination) zu ca. 1/3 eingeschränkt. Auffällig seien Inkonsistenzen, insbesondere bei der Halswirbelsäulen- und Schulterbeweglichkeit bei Spontanbewegungen verglichen mit der gezielten Untersuchung. Die Armschmerzen rechts seien bezogen auf die Gesamtheit der Befunde mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht auf eine zervikospodylogene oder eine Schulterpathologie zurückzuführen. Dafür seien die Spontanbewegungen zu unauffällig, die klinischen Befunde zu atypisch. Hinweise auf ein Thoracic Outlet Syndrom (TOS) ergäben sich klinisch nicht. Es könne ein Schulterimpingement oder ein Zervikalsyndrom resp. eine spodylogene oder gar Wurzelreizsymptomatik ausgeschlossen werden. Eine entzündlich-rheumatische Erkrankung sei ebenfalls mit grosser Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Konventionell radiologisch fänden sich multisegmentale degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule, ausgeprägter als lumbal. Solche Veränderungen könnten, müssten aber keineswegs Beschwerden verursachen. Die chronische Schmerzsymptomatik im höchsten quantitativen Ausmass mit Mitbeteiligung des Rückens, der Beine und Arme mit Tendenz zu generalisiertem Schmerzsyndrom mache die Mitbeteiligung der degenerativen Veränderungen am Schmerzbild unwahrscheinlich. Klinisch fänden sich rechtsbetont bei positivem Zohlen-Zeichen sowie femoropatellärem Reiben Hinweise auf eine Femoropatellararthrose, was auch früher radiologisch beschrieben worden sei. Es bestehe keine Weichteilatrophy und es würden keine dafür typischen Beschwerden geschildert. Eine Einschränkung der Belastungsfähigkeit ergebe sich daraus nicht. Die einem verminderten Rehabilitationserfolg (was auch der Fall sei) entsprechenden Waddell-Zeichen seien positiv; im Sinne der Annahme einer nicht organischen Schmerzstörung seien auch die Fibromyalgiepunkte positiv, wenn auch die Kriterien einer Fibromyalgie formal nicht erfüllt seien. Zusammenfassend ergäben sich rheumatologisch einige Hinweise auf eine somatoforme

Schmerzstörung, für deren Einschätzung und Beurteilung auf das psychiatrische Gutachten zu verweisen sei. Bei Fehlen einer organischen Läsion ergebe sich aus rheumatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit. Eine Schwerarbeit sei basierend auf der Adipositas und einer daraus resultierenden wahrscheinlich muskulären Dekonditionierung wohl kaum sinnvoll. Rein rheumatologisch müsse aber auch dafür keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Zuletzt fügte der begutachtende Rheumatologe an (Urk. 8/58/46), eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit falle jeweils schwer, soweit beurteilbar (basierend auf die Akten) ergebe sich jedoch kein Hinweis, dass die Arbeitsunfähigkeit im Jahre 2013 rheumatologisch anders sei als heute. Beim Beschwerdebild handle es sich um ein syndromales resp. unklares Beschwerdebild, welches organisch nicht erklärbar sei. 4.

4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Y.____ vom 24. September 2015 vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.5). Die Gutachter tätigten sorgfältige, umfassende Abklärungen,

berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den ihnen vorgelegten Vorakten. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu. 4.2

4.2.1

Zu prüfen ist indes, ob die Beschwerdegegnerin ihrer Untersuchungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht in genügendem Masse nachgekommen ist beziehungsweise ob den Gutachtern wesentliche Akten für die Begutachtung fehlten, wodurch die Beweiskraft des Gutachtens geschmälert würde.

Vorauszuschicken ist, dass die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen Sachverhalt gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG zwar von Amts wegen abzuklären hat, der Sachverhalt jedoch bloss soweit zu ermitteln ist, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 43 N 20). 4.2.2

Den Gutachtern standen die

Akten der Unfallversicherung zum tätlichen Angriff vom 17. Dezember 2012 (Suva Fallnummer D.____, Stand: bis am 8. Mai 2014 [Urk. 8/22/1-190, Urk. 8/30/1-118, Urk. 8/31/1-399 und Urk. 7/33/1-2]) zur Verfügung. Erst im Einwandverfahren zog die Beschwerdegegnerin

die Akten zu den Auffahrunfällen vom 19. Juli 2011 (Suva

Fallnummer

E.____ [Urk. 8/71/52-173] und 18. Oktober 2011 (Suva Fallnummer F.____ [Urk. 8/70/1-225]), zum Unfall vom 20. Juni 2012 (Suva Fallnummer G.____ [Urk. 8/71/1-51]) sowie auch die in der Zwischenzeit dazugekommenen Unfallakten zum tätlichen Angriff vom 17. Dezember 2012 (vgl. in Urk. 8/71/174-630 [Stand: bis am 29. Januar 2016]) bei. Die Gutachter setzten sich in der Folge mit den nachträglich eingeholten Akten nicht mehr auseinander (vgl. Urk. 8/79). 4.2.3

Was die Suva - Akten

mit den Fallnummern

E.____

und F.____

betrifft, ist Folgendes festzuhalten:

Am 19. Juli 2011 sowie am 18. Oktober 2011 erlitt der Beschwerdeführer je einen Auffahrunfall

– ein weiterer, nach Angaben des Beschwerdeführers am 2. Februar 2011 erlittener Auffahrunfall wurde der Suva hingegen nicht gemeldet (vgl. Urk. 8/58/14). Am 18. Juli 2012 berichtete med. pract. H.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der B.____, der Suva über den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (Urk. 8/70/54-55). In somatischer Hinsicht diagnostizierte er in Bezug auf die beiden

genannten Unfälle ein HWS-Distorsionstrauma sowie ein zervikales Syndrom. In seiner Beurteilung hielt med. pract . H.____ fest, der Beschwerdeführer stelle sich nunmehr vier Monate nach der letzten ambulanten Nachkontrolle erneut in der ambulanten Sprechstunde vor. Seit der stationären Rehabilitation seien gut fünf Monate vergangen. Die vom Beschwerdeführer schon im Winter angedachte Kur in seinem Heimatland habe stattgefunden . Ein Teilaspekt der bis anhin g eklagten Beschwerden werde vom Beschwerdeführer als vollständig remittiert angege ben, es seien dies die Ausstrahlungen von der Halswirbelsäule in den Kopf. Leider seien die bekannten übrigen Beschwerden wie Nackenschmerzen, Rückenschmerzen und die Schlafstörungen nur unwe sentlich gebessert. Es gehe heute unter anderem um die Frage, ob aufgrund von objektivierbaren Unfallfolgen bezüglich der Unfälle vom 19. Juli und 18. Oktober 2011 nac h wie vor Unfallfolgen vorlägen, die eine weitergehende Arbeit sunfähigkeit begründeten. Aufgrund der klinischen und radi ologischen Befunde ohne Nachweis eines stattgehabten strukturellen Schadens müsse man heute davon ausgehen, dass keine relevanten Unfallfolgen mehr vorlä gen und man somit einen gestaffelten Wiedereinst i eg in die angestammte Tätigkeit als Taxifahrer vornehmen könne .

Med. pract . H.____ attestierte d em Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab dem 25. Juni 2012 und eine volle Arbeitsf ähigkeit ab dem 1. September 201 2. In der Folge teilte die Suva dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 14. September 2012 mit, betreffend den Unfall vom 18. Oktober 2011 würden die Versicherungsleis tungen (Taggeld und Heilungskosten) per 1. September 2012 eingestellt (Urk. 8/70/42-43). Mit Schreiben vom 9. Oktober 2012 (Urk. 8/71/71) infor mierte die Suva den Beschwerdeführer darüber, dass die Heilkosten und Tag geldleistungen erst per 31. Oktober 2012 eingestellt würden. Dies gelte für beide Ereignisse vom 19. Juli 2011 und 18. Oktober 2012 (richtig: 2011). Die Fragestellung beim Fallabschluss im

u nfallversicherung srechtlichen Ver fahren ist zwar anders gelagert als diejenige bei der Beurteilung einer

krank he itsbedingte n Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im i nvalidenversiche rung srechtlichen Verfahren . De nnoch ist entsprechend der gängigen ärztl ichen Praxis bei unfallversicherungsrechtlichen Beurteilungen mit überwie gender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass med. pract . H.____ im Bericht vom 18. Juli 2012 (Urk. 8/70/54-55)

dem Beschwerdeführer keine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigt hätte, wäre er der Ansicht gewesen, es bestünde, abweichend von der unfallversicherungsrechtlichen Beurteilung, eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit . Doch selbst wenn sich med. pract . H.____

ausschliesslich auf die Beurteilung einer unfallbedingte n Arbeitsunfähigkeit beschränkt hätte , würden sich seinem Bericht keine neuen Erkenntnisse über eine krankheitsbedinge Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entnehmen lassen . Damit erweist sich der Bericht der B.____ vom 18. Juli 2012 (Urk. 8/70/54-55) – entgegen de r Annahme des Beschwerdeführers – für die hier in Frage stehende

gutachterliche Beurteilung so oder so als nicht von entscheidender Relevanz . In diesem Sinne ist die Stellungnahme des RAD vom 30. März 2016 , worin dieser nach Sichtung der nachträglich beigezogenen Akten festhielt, in der Gesamtschau der Aktenlage sei nicht von neuen medizinischen Sachverhalten auszugehen (Urk. 8/96/5-6) , nicht zu beanstanden. Dass es sich beim RAD um einen Facharzt für Arbeitsmedizin handelte, schadet dabei nicht. 4.2.4

Inwiefern die Suva -Akten mit der Fallnummer

G.____ (Urk. 8/71/1-51) für die gutachterliche Beurteilung von Relevanz hätten sein sollen, ist von vornherein nicht ersichtlich. Am 20. Juni 2012 stürzte der Beschwerdeführer auf das Knie (Urk. 8/71/48) und musste sich anschliessend einer Burssektomie unterziehen lassen (vgl. den Operationsbericht vom 11. Juli 2012 über die am 2. Juli 2012 durchgeführte Operation [Urk. 8/71/8 f.]). Gegenüber den Gutachtern klagte der Beschwerdeführer jedoch nicht mehr über einschränkende Kniebeschwerden (vgl. insbesondere Urk. 8/58/19 f. und Urk. 8/58/40 f.).

4.2.5

Dass den Gutachtern der Bericht des A.____ vom 22. März 2012 (Urk. 8/70/80-82) nicht vorgelegen hatte, trifft zu. Darin wurde unter anderem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F32.1) diagnostiziert. Die Feststellung des begutachtenden Psychiaters, es sei irritierend, dass in den Akten trotz bestehender chronischer Schmerzen nie eine somatoforme Schmerzstörung

diskutiert worden sei, was sich mehrfach angeboten hätte (Urk. 8/58/37), steht deshalb im Widerspruch zum besagten Bericht des A.____. Dies vermag den Beweiswert des Gutachtens allerdings ebenfalls nicht zu schmälern, zumal im Bericht des A.____ vom 22. März 2012 die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht begründet worden war. Es hätte

also selbst bei Vorlage des Berichts vom 22. März 2012 mangels Begründung der darin diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung an einer Grundlage für eine gutachterliche Auseinandersetzung

gefehlt. 4.2.6

Nach dem Gesagten lagen den Gutachtern die wesentlichen Akten vor, weshalb der nachträgliche Bezug von weiteren Unfallakten die Beweiskraft des Gutachtens nicht zu schmälern vermag. Es liegt dementsprechend auch keine Verletzung der Untersuchungspflicht durch die Beschwerdegegnerin vor. 4.3

4.3.1

Hinsichtlich der vorliegend in Frage stehenden somatoformen

Schmerzstörung beliees es dem begutachtenden Psychiater dabei, lediglich eine Verdachtsdiagnose zu stellen. Dies begründete er damit, dass Inkongruenzen bestünden, welche eine klare Diagnosestellung verhinderten. Im Rahmen der psychiatrischen Exploration seien Schmerzen überhaupt nicht – ausser beim Gehen – festzustellen gewesen, ein Leidensdruck diesbezüglich sei auch nicht erkennbar geworden (E. 3.2). Eine Verdachtsdiagnose reicht indessen nicht aus, um eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen, wobei darauf hinzuweisen ist, dass der Vorwurf des Beschwerdeführers, das Gutachten sei mangelhaft, weil der begutachtende Psychiater bloss eine Verdachtsdiagnose gestellt und sich damit nicht festgelegt habe, nicht verfängt. Liegen Verdeutlichungstendenzen vor und stellt ein Gutachter deshalb bloss eine Verdachtsdiagnose, beschlägt dies die Verwertbarkeit des Gutachtens

nicht, sondern bedeutet mit anderen Worten, dass keine Diagnose mit der im

Sozialversicherungsrecht erforderlich, wenn überwiegende Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann.

Somit gelingt dem Beschwerdeführer der Nachweis, an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu leiden,

nicht. In diesem Sinne ist auch die Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung (E. 1.2.2) nicht einschlägig, weshalb kein strukturiertes Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281 durchzuführen ist. Der Vollständigkeit halber ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die Ärzte des A.____ die im Bericht vom 22. März 2012 (Urk. 8/70/80-82) gestellte Diagnose einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F32.1) nicht begründet hatten (E. 4.2.5). Den Akten lässt sich sodann nicht entnehmen, dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung von den übrigen behandelnden Ärzten gestellt worden wäre (vgl. Urk. 8/23, Urk. 8/26, Urk. 8/36-38; vgl. auch das mit heutigem Datum ergangene Urteil im Prozess Nr. UV.2016.00025). Verdeutlichungstendenzen wurden

im Übrigen nicht bloss vom begutachteten Psychiater festgestellt, sondern auch vom begutachtenden Rheumatologen (Hinweis auf Inkonsistenzen; vgl. E. 3.3) und vom begutachtenden Internisten („unübersehbare Verdeutlichungstendenz“; vgl. E. 3.1 bzw. Urk. 8/58/20 und Urk. 8/58/18). 4.3.2

Was eine mögliche depressive Symptomatik anbelangt, stellte der begutachtende Psychiater ebenfalls bloss eine Verdachtsdiagnose, die Verdachtsdiagnose einer depressiven Episode (ICD-10 F32.8), obwohl sich den Befunden folgend eine mittelgradige depressive Episode dargestellt hatte. Diese

Abweichung begründete der begutachtende Psychiater damit, dass der Beschwerdeführer in seinen Darstellungen und Äusserungen übertrieben gewirkt habe, dass er in der Fremdbeurteilung durch die anderen beiden Gutachter deutlich geringer depressiv wahrgenommen und eingeschätzt worden sei, als seine Angaben es hätte vermuten lassen, dass letztlich auch bei einem wichtigen Item, der Depressivität, das vom Beschwerdeführer

angegebene Ausmass nicht wirklich schlüssig nachzuvollziehen gewesen und eine Verdeutlichungstendenz festgestellt worden sei und dass sogar ein aggravatorischer Prozess anzunehmen sei.

Der begutachtende Psychiater wies ausserdem auf die teilweise stark auseinandergelassenen Beurteilungen der behandelnden Ärzte in engen Zeiträumen dar und kam zum Schluss, aufgrund der zu starken Inkonsistenzen sei es nicht möglich, die Diagnose einer Depression als gegeben zu stellen (E. 3.2). Diese Begründung vermag zu überzeugen. Doch selbst wenn eine mittelgradige depressive Episode bestünde, bliebe aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht für die Annahme einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kein Raum, da die Symptombewältigung offenkundig auch massgeblich durch invaliditätsfremde Faktoren (psychosoziale Faktoren) behindert wird, wofür die Invalidenversicherung nicht einzustehen hat (vgl. E. 1.2.4; vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Von einer schwierigen psychosozialen Belastungssituation wurde bereits verschiedentlich berichtet (vgl. z.B. den Austritts- und Überweisungsbericht des I.____ der C.____

vom 17. Januar 2013 [Urk. 8/ 71/529] sowie den Bericht des Zentrums für Soziale Psychiatrie, Ambulatorium J.____ , an der K.____

vom 8. November 2013 [Urk. 8/71/379]). Der Beschwerdeführer schilderte auch dem begutachtenden Psychiater die schwierige familiäre Situation. Er habe keinen Kontakt mehr zu seiner Tochter, nachdem er von deren Schwiegervater zusammengeschlagen worden sei. Er habe mit ihr keinen Streit, rede aber einfach nicht mit ihr. Es sei schwer für ihn, aber besser so. Er wisse ja nicht, ob er sonst wieder im Spital lande (Urk. 8/58/30).

Dementsprechend konstatierte der begutachtende Psychiater, die Angst vor einem erneuten Angriff durch die Schwiegerfamilie seiner Tochter und das zerrüttete Verhältnis zur Tochter würden den Beschwerdeführer deutlich belasten. Er wirke trauernd ob des Geschehenen, auch Wut und Frust seien zu verspüren (E. 3.2) . Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die behandelnde Psychiaterin Dr. med. univ. Z.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in ihrem Bericht vom 11. November 2014 davon ausgegangen war, es sei mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bis zu 100 % zu rechnen (Urk. 8/38/4). Sie ging somit nicht von einem langandauernden psychischen Gesundheitsschaden aus, zumal sich die depressive Symptomatik bereits rückläufig gezeigt hatte, nachdem – nach einer Sistierung

– wieder eine medikamentöse Unterstützung mit einem Antidepressivum und einem Neuroleptikum etabliert worden war (Urk. 8/38/2 ; vgl. auch die gleiche prognostische Einschätzung durch die Ärzte der K.____ im Bericht vom 8. November 2013 [Urk. 8/71/380]). 4.3.3

Mit dem Einwand, die Gutachter hätten seine Zusatzfragen (vgl. Urk. 8/47) nicht beantwortet (Urk. 8 S. 12), vermag der Beschwerdeführer sodann nicht durchzudringen. Wie er selbst zu Recht ausführt, lassen sich die Antworten auf die Ergänzungsfragen aus dem Gutachten ableiten. Gewisse Ergänzungsfragen erweisen sich aber auch als obsolet. Obsolet sind insbesondere die Fragen 7 und 8 (betreffend eine somatoforme Schmerzstörung) , da die Gutachter die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt haben. Dass psychosoziale Belastungsfaktoren (Frage 9) vorliegen, ist sodann auch ohne explizite Erörterung der Gutachter erkennbar (vgl. E. 4.3.2) . Im Übrigen sind psychosoziale Belastungsfaktoren aus invaliden versicherungsrechtlicher Sicht ohnehin in die Beurteilung miteinzubeziehen. Eine Fremdanamnese durch Drittpersonen (insbesondere behandelnde Ärzte oder Familienangehörige) wurde offensichtlich nicht durchgeführt (Frage 6). Dies ist von den Gutachtern nicht näher zu begründen, zumal keine Umstände dargetan wurden oder ersichtlich sind, bei welchen sich eine Fremdanamnese aufgedrängt hätte. Inwiefern die Angabe der Zeitdauer der einzelnen Begutachtungen (Frage 5) im vorliegenden Fall von Relevanz hätte sein sollen , lässt sich schliesslich nicht erkennen: Das Gutachten erweist sich als umfassend, detailliert und sorgfältig, was für dessen Aussagekraft genügt .

4.4

Nach dem Gesagten ist auf das polydisziplinäre MEDAS -Gutachten vom 24. September 2015 abzustellen, womit mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit

erstellt ist ,

dass kein langandauernder Gesundheitsschaden ausgewiesen ist. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen. 5 .

5 .1

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

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt (Urk. 9-11). Antrags gemäss (Urk. 1) ist dem Beschwerdeführer deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und die unentgeltliche Rechtsvertretung in der Person von Rechtsanwalt Markus Loher zu gewähren. 5 .2

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.-- festgelegt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5 .3

Rechtsanwalt Markus Loher machte mit seiner Honorarnote vom 22. November 2016 einen Aufwand von 17.4 Stunden und Barauslagen (Pauschale) von Fr. 140.95 exkl. Mehrwertsteuer geltend (Urk. 14). Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) wird – auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung – namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt. Der von Rechtsanwalt Loher geltend gemachte Aufwand von 17.40 Stunden ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. In Würdigung der Umstände, dass ihm die Akten bereits aus dem Verwaltungsverfahren bekannt waren (vgl. seine Eingabe vom 28. April 2015 [Urk. 8/43], mit welcher er sich durch Vorlage einer Vollmacht vom 11. Dezember 2014 [Urk. 8/44] als Vertreter des Beschwerdeführers ausgewiesen hatte) und die Beschwerde vom 14. September 2016 stellenweise mit dem Einwand vom 18. November 2015 (Urk. 8/65) übereinstimmt,

sind für das Aktenstudium im Beschwerdeverfahren und für das Abfassen der Beschwerdeschrift je 3 Stunden zu entschädigen (insgesamt 6 Stunden anstelle der geltend gemachten

12.3 Stunden; vgl. die in Urk.

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen

einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1). 1. 2. 2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislage der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlich er Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisfragen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. 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 beweiselastige versicherte Person zu tragen (E. 6). 1. 3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 5.4

Der Beschwerdeführer ist auf §

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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). 1. 4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechts anwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 10

-Kriterien nicht möglich, neben einer Anpassungsstörung, die per Definition leichter als eine leichte Depression sei (ähnliches gilt auch für eine Dysthymia), eine regelrechte Depression zu

vermuten. Warum eine rezidivierende Depression vorliegen sollte, erschliesse sich sodann nicht aus den

Berichten. Auch nicht aus der Anamnese, schliesslich sei das Leben des Beschwerdeführers bis zu den Unfällen im Erwachsenenalter weitestgehend psychisch unauffällig verlaufen. Erst nach dem dritten Unfall habe die Dekompensation

begonnen. Hier sei den Diskussionen in den vorliegenden

Berichten zu folgen. Durch die Unfälle, Medikamente oder sonstige nicht mehr

rekapitulierbare Vorgänge scheine es zu einer Reaktivierung der Erinnerungen und Emotionen

in Verbindung mit seiner Kindheit und Jugend gekommen zu sein. Eine posttraumatische Belastungsstörung werde jedoch verneint, da nicht genügend Kriterien erfüllt seien. Es scheine klar einen depressiven Verlauf seit etwa Ende Oktober 2010 zu geben, der Verlauf sei jedoch angesichts der widersprüchlichen Aktenlage nicht seriös nachzuzeichnen. Eine Verschlechterung scheine es jedoch nach der Schlägerei 2012 gegeben zu haben. Schmerzen würden sich seit den Unfällen, spätestens seit Ende 2010, durch die Anamnese durchziehen und Angst- und Panikattacken hätten zumindest phasenweise wohl vorgelegen. Möglicherweise sei bei Letzteren jedoch nicht das Vollbild erfüllt gewesen (nach ICD-10 oder DSM V). Heute liege weder eine Angst- noch eine Panikstörung vor, weswegen diese Diagnosen auch nicht als Verdacht aufgenommen würden. Heute stelle sich den Befunden folgend eine mittelgradige depressive Episode dar. Jedoch wirke der Beschwerdeführer – wie schon im Bericht der C.____ am 17. Januar 2013 beobachtet – übertrieben in seinen Darstellungen und Äusserungen. Es falle auf, dass er einige Items beim Psychostatus als pathologisch angebe. In der Fremdbeurteilung liessen sich diese jedoch deutlich geringer wahrnehmen und einschätzen, als die Angabe des Beschwerdeführers es vermuten liesse. Letztlich auch bei einem wichtigen Item, der Depressivität, sei das vom Beschwerdeführer angegebene Ausmass nicht wirklich schlüssig nachzuvollziehen. Auch in der rheumatologischen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer zunächst verhalten präsentiert, sei dann aber auch offener geworden und habe am Ende gar schalkhafte Bemerkungen gemacht. Während der Beschwerdeführer in der psychiatrischen Anamnese suizidale Gedanken verneint habe, habe er solche gegenüber dem Fallführenden bejaht. Dieser habe den Beschwerdeführer aber zu keinem Zeitpunkt depressiv erlebt; der Beschwerdeführer habe mit kräftiger Stimme gesprochen. Weiterhin sei eine Verdeutlichungstendenz festgestellt worden. Immer wieder habe der Beschwerdeführer gefragt, welcher Arbeitgeber ihn in seinem Alter noch nehmen sollte. Es sei hier ein aggravatorischer Prozess anzunehmen. Wie bewusstseinsnah dieser sei, lasse sich nicht abschliessend beurteilen. Möglicherweise führe dieses Verhalten jedoch auch zu den unterschiedlichen Einschätzungen des Beschwerdeführers, wie bereits diskutiert. Weiter führte der begutachtende Psychiater aus (Urk. 8/58/38), aufgrund der zu starken Inkonsistenzen sei es nicht möglich, die Diagnose einer Depression als gegeben zu stellen. Es müsse beim Verdacht bleiben. Gleiches gelte auch für die Schmerzen. Im Rahmen der psychiatrischen Exploration seien solche überhaupt nicht – ausser beim Gehen – festzustellen gewesen, ein Leistungsdruck diesbezüglich sei auch nicht erkennbar geworden. Auch hier bleibe es beim Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung aufgrund der Inkongruenzen. Glaubhaft hingegen seien die vom Beschwerdeführer geschilderten, jedoch nicht täglich vorkommenden Albträume, die für sich jedoch keinen

direkten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Den noch würden sie ihn deutlich, wie auch die Angst vor einem erneuten Angriff durch die Schwiegerfamilie seiner Tochter und das zerrüttete Verhältnis zur Tochter, belasten. Diagnosen seien hieraus jedoch nicht ableitbar. Er wirke trauernd ob des Geschehenen, auch Wut und Frust seien zu verspüren. Dennoch verhinderten die genannten Inkongruenzen eine klare Diagnosestellung. Eine Integration scheine aktuell nicht möglich, dazu bestehe beim Beschwerdeführer eine zu ablehnende Haltung.

E. 14

aufgeführten Positionen mit Datum vom 1. September 2016 von 8.8 h, vom 13. September 2016 von 0.8 h und vom 14. September 2016 von je 1.5 h und 1.2 h). Die Position vom 5. September 2016 betraf einzig das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege in der Beschwerde und erscheint angemessen. Insgesamt rechtfertigt sich somit ein Aufwand von 11.1 Stunden (17.4 h abzüglich 6.3 h), was unter Berücksichtigung des gerichtsüblichen Ansatzes von Fr. 220.-- (ab dem 1. Januar 2015) ein Honorar von Fr. 2'442.-- ergibt. Da Rechtsanwalt Loher

seine Auslagen nicht einzeln spezifizierte, sind ihm die ausgewiesenen Portokosten in Höhe von Fr. 11.60 zu ersetzen. Rechtsanwalt Markus Loher ist deshalb mit Fr. 2'649.90 (= Honorar von Fr. 2'442.-- plus Barauslagen von Fr. 11.60 zuzüglich Mehrwertsteuer von 8 % aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

E. 16

Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an den unentgeltlichen Rechtsvertreter verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 14. September 2016 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Markus Loher als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Markus Loher, Zürich, wird mit Fr. 2'649.90 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Loher - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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