

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01125 vom 7. August 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01125](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01125)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01125 du 7 août 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01125 del 7 agosto 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**

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. Rechtsprechungs gemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember

2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C\_616/2014 vom 25. Februar 201

### **E. 1.3.1**

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte 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

sei en 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 ).

### **E. 1.3.2**

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

(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. 1.3.3**

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichtes 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

### **E. 1.4**

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

Validen einkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgem. Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

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. 1.6**

Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seine Entscheidung, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3).

### **E. 1.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 10. Oktober 2016 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm rückwirkend ab dem 1. Februar 2010 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen und auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 14. November 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 15. November 2016 angezeigt wurde (Urk. 8).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass seit der Anmeldung des Beschwerdeführers vom 13. August 2009 diverse medizinische Abklärungen vorgenommen worden seien, zuletzt eine Begutachtung im I.\_\_\_\_. Wie aus den medizinischen Unterlagen bzw. der durchgeführten Untersuchung hervorgeht, neige der Beschwerdeführer zur Aggravation. Er klagte über starke Schmerzen. Diese würden jedoch in keinem Verhältnis zu den Gegenmassnahmen stehen, welche er in den letzten acht

Jahren getroffen habe respektive zu treffen bereit gewesen sei. Die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit basiere primär auf seiner negativen Motivationslage, seiner starken Fixierung auf die Krankenrolle und seiner Dekonditionierung. Diese Faktoren würden aller dings als IV-fremd gelten und könnten deshalb bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden. Gesamthaft bestehe aus versicherungsmmedizinischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die geschilderten Einschränkungen seien nicht auf einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zurückzuführen. Es bestehe somit kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, es sei durch die Akten belegt, dass er seit dem Jahre 2010 durchgehend unter einer chronifizierten, trotz intensivster Behandlung (durchgehende fachärztliche und medikamentöse Behandlung, insgesamt fünf mehrwöchige stationäre Behandlungen) therapieresistenten depressiven Störung schweren Grades leide. Er sei deshalb in der angestammten wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit voll arbeitsunfähig. Es liege daher eine längere Zeit dauernde volle Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 8 ATSG vor und es stehe ihm rückwirkend ab Februar 2010 eine ganze Rente zu (Urk. 1 S. 16). 3.

## **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Das Sozialversicherungsgericht kam im Urteil vom 9. September 2013 (Urk. 7/92; vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1) zum Schluss, dass auf die Beurteilung des Gutachters Dr. C. \_\_\_ nicht abgestellt werden könne. Das Gericht begründete dies damit, dass hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosestellung und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erhebliche Differenzen zwischen den Beurteilungen des Gutachters Dr. C. \_\_\_ und (insbesondere) der behandelnden Psychiater bestünden. Während Dr. C. \_\_\_ in seiner Expertise vom 26. Februar 2011 (lediglich) einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert habe, welche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei (Urk. 7/41/7-9), und an dieser Beurteilung in seiner Stellungnahme vom 21. Dezember 2011 festgehalten habe (Urk. 7/70/15), hätten die Ärzte der B. \_\_\_ die Diagnose einer seit Januar 2011 bestehenden schweren depressiven Episode mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/59/1). Auch der behandelnde Psychiater Dr. G. \_\_\_ habe die Diagnose einer schweren depressiven Episode erhoben. Seines Erachtens sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angestammter und angepasster Tätigkeit deshalb zumindest seit November 2010 aufgehoben gewesen (Urk. 7/87/10). Des Weiteren sei im Bericht der A. \_\_\_ (Urk. 7/62/1), im Bericht der B. \_\_\_ (Urk. 7/68/6) und im Bericht des J. \_\_\_ vom 16. September 2011 (Urk. 7/63/5) ebenfalls die Rede von einer schweren depressiven Episode bzw. einer depressiven Störung (E. 3.2.1).

Aufgrund des Fehlens jeglicher fachärztlich-psychiatrischer Vorakten und der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. C. \_\_\_ bereits seit dreieinhalb Wochen in stationärer Behandlung bei der B. \_\_\_ befunden habe, erscheine es nicht nachvollziehbar, dass Dr. C. \_\_\_ weder mit Dr. G. \_\_\_ noch mit den behandelnden Ärzten der B. \_\_\_ Kontakt aufgenommen und sich hinsichtlich der laufenden

Behandlungen erkundigt habe. Sein Gutachten sei somit insofern unvollständig. Mit seiner Stellungnahme vom 21. Dezember 2011 zu den Berichten der behandelnden Ärzte habe Dr. C.\_\_\_\_ die vorhandenen Differenzen nicht hinlänglich ausräumen können. So habe er unter anderem erklärt, dass eine psychopharmakologische (antidepressive) Behandlung vom Beschwerdeführer abgelehnt würde, weswegen die von den Voruntersuchern attestierte depressive Störung letzten Endes nicht adäquat behandelt werde (Urk. 7/70/15). Im Bericht der A.\_\_\_\_ vom 19. September 2011 sei zwar noch die Rede davon, dass der Beschwerdeführer während seines dortigen Klinikaufenthaltes zwischen dem 5. Oktober und dem 1. November 2010 eine antidepressive Medikation abgelehnt habe (Urk. 7/62/2). Im Bericht vom 2. April 2012 habe

Dr. G.\_\_\_\_

allerdings ausführlich dargestellt, welche Antidepressiva der Beschwerdeführer seit Dezember 2010 einnehme (Urk. 7/87/10). Seine Aufzählung decke sich dabei weitgehend mit den Angaben in den Berichten der B.\_\_\_\_ (Urk. 7/70/7), des J.\_\_\_\_ (Urk. 7/60/7-10) und der D.\_\_\_\_ (Urk. 7/59/3). Gemäss Dr. G.\_\_\_\_ sei die korrekte Medikamenteneinnahme am 12. Dezember 2011 zudem durch eine Blutspiegelbestimmung für Wellbutrin 300 mg und für Trittico 300 mg bestätigt worden (Urk. 7/87/10). Auch Dr. C.\_\_\_\_ Vorwurf, sämtliche genannten Autoren (bzw. behandelnden Ärzte) hätten die Tendenz, subjektive Beschwerden (Schmerzen) und die eigene Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers als invalidisierende Faktoren bzw. depressive Symptome darzustellen (Urk. 7/70/15), vermöge in dieser allgemeinen Form nicht zu überzeugen. Wohl entstehe der Eindruck, dass das J.\_\_\_\_, das dem Beschwerdeführer in der bisherigen und auch in einer angepassten Tätigkeit bereits seit dem 29. Juni 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiere (Urk. 7/63/5) und dies

mitnichten nachvollziehbar begründet habe, massgeblich und unkritisch auf die Angaben des Beschwerdeführers selbst abgestellt habe. Insbesondere die Ärzte der

D.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ hätten die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers indessen in erster Linie mit der depressiven Symptomatik und nicht

mit der (somatisch nicht ausreichend abstützbaren) Schmerzproblematik begründet (Urk. 7/59 und Urk. 7/87/8-10; E. 3.2.2).

Was die übrigen fachärztlich-psychiatrischen Einschätzungen betreffend Arbeitsfähigkeit anbelange, hätten sich die Ärzte der D.\_\_\_\_ im Wesentlichen nur zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers während des stationären Klinikaufenthalts geäussert. Ab wann ihm allenfalls wieder eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar sei, könne nach dem derzeitigen Behandlungsstand nicht beurteilt werden (Urk. 7/59/4). Dr. G.\_\_\_\_ habe seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer bereits seit Behandlungsbeginn im Juli 2010 zu 70 % bis 80 % arbeitsunfähig gewesen sei, nicht hinreichend begründet (E. 3.2.3).

### **E. 3.2**

Die bis zum Urteil IV.2012.00341 vom 9. September 2013 (Urk. 7/92) aufliegenden Arztberichte und Gutachten wurden darin (E. 2), die seither zu den Akten genommenen Arztberichte im Gutachten der MEDAS F.\_\_\_\_ vom 26. November 2014 (Urk. 7/112/2-18) resp. im Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016 (Urk. 7/137/5-7) zusammengefasst, weshalb sie vorliegend nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen jedoch darauf Bezug genommen.

### E. 3.3.1

Die Ärzte der MEDAS F.\_\_\_\_ hielten im Gutachten vom 26. November 2014 folgende Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/112/41): (1) Störungen durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch, verursacht durch ärztlich verordnete Medikamente (ICD-10: F11.24) (2) Müdigkeit, die auch durch verschiedene nicht abhängig machende Medikamente, die der Versicherte ärztlich verordnet erhält, verursacht ist. Ich kann aber die Diagnose eines schädlichen Gebrauches von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen nicht stellen, weil der Versicherte all diese Medikamente ärztlich verordnet erhält und deshalb diesbezüglich nicht von einem schädlichen Gebrauch gesprochen werden kann. (3) ein chronifiziertes rechtsseitiges zervikospondylogenes und rechtsbetontes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Lendenwirbelsäulen- (LWS)-Distorsion/-Kontusion 7. März 2007 (Treppensturz) - Wirbelsäulenfehlstatik (thorakale Streckfehlhaltung, lumbosakrale Hyperlordose, leichte Skoliose) - Status nach ausgeprägtem thorakolumbalem Morbus Scheuermann mit WK-Keil deformierung und Kyphosierung Lendenwirbelkörper (LWK) L1/2 - Osteochondrose L5/S1 mit begleitender Spondylarthrose und diskreter Pseudospondylolisthesis L5/S1 und L4/5 - mehrsegmentale Diskusprotrusionen L1-S1 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L4 und L5 links und leichter Deviation der Nervenwurzel L5 rechts (MRI LWS 17. September 2012) bei klinisch fehlenden radikulären Reiz- oder sensomotorischen Ausfallsymptomen - Symptomausweitungstendenz - Schmerzverarbeitungsstörung

Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte der MEDAS F.\_\_\_\_ (Urk. 7/112/41): (1) eine Ellbogenkontusion links mit Eröffnung der Bursa olecrani am 7. März 2007 (2) akutenanamnestisch Coxa saltans (Erstdiagnose: April 2009) (3) anamnestisch Status nach arthroskopischer Teilmeniscektomie links (2010) (4) eine Adipositas Grad I (ICD-10: E66.00) (5) eine grenzwertige Hypertriglyzeridämie (ICD-10: E78) (6) Status nach Inguinalhernien-Operation beidseits vor Jahren (7) ein chronischer Nikotinkonsum (ICD-10: Z72)

Die Ärzte der MEDAS F.\_\_\_\_ erklärten, dass sich anlässlich der aktuellen rheumatologischen Untersuchung keine radikulären Reiz- oder sensomotorischen Ausfallsymptome gefunden hätten. Die vom Beschwerdeführer geschilderten diversen Sensibilitätsdefizite seien nicht dermatombezogen und

könnten auch nicht dem Ausbreitungsgebiet eines peripheren Nerven zugeordnet werden. Es sei von einer Symptomausweitung auszugehen. Auch für die vom Beschwerdeführer demonstrierte Einschränkung der Abduktion des rechten Arms habe sich kein adäquates klinisches Korrelat gefunden. Es hätten Zeichen eines nicht organischen Krankheitsverhaltens vorgelegen. Insgesamt habe sich ein höchstens partiell objektivierbares organisches Korrelat für das vom

Beschwerdeführer geschilderte ausgedehnte muskuloskeletale Beschwerdebild subjektiv invalidisierenden Ausmasses gefunden (Urk. 7/112/32). Anhand der ihnen zur Verfügung stehenden medizinischen Akten lasse sich aus rheumatologischer Sicht höchstens eine partielle Arbeitsunfähigkeit in der früher ausgeübten Berufstätigkeit während einiger Wochen nach dem Treppensturz vom 7. März 2007 attestieren. Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in den vom Beschwerdeführer in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten lasse sich aus rheumatologischer Sicht nicht begründen. Auch aus

internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in dieser Tätigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 7/112/48).

Weiter führten die Ärzte der MEDAS F.\_\_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer bei der aktuellen Begutachtung sehr müde und „verladen“ gewirkt habe. Der psychopathologische Befund sei durch die Müdigkeit und das „Verladensein“ beeinflusst gewesen. Daher sei es kaum möglich gewesen, festzustellen, ob er depressiv sei oder nicht. Psychotische Symptome hätten bei ihm aber nicht eruiert werden können, obwohl er solche angegeben habe. Um herauszufinden, ob der Beschwerdeführer die müde machenden Medikamente nur zur Untersuchung oder in den letzten Monaten regelmässig eingenommen habe, sei auch eine Haaranalyse in Auftrag gegeben worden. Hier habe sich gezeigt, dass er die bestimmten Medikamente zumindest im Zeitraum von ca. April bis September 2014 eingenommen habe (Urk. 7/112/43). Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Telekommunikationstechniker sei aus psychiatrischer Sicht zu 100 % eingeschränkt. Diese Einschränkung könne alleine durch die stark ausgeprägte Müdigkeit erklärt werden, aufgrund derer er sich kaum auf etwas konzentrieren könne. Die Arbeitsfähigkeit sei auch in allen anderen Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt aus psychiatrischer Sicht zu 100 % eingeschränkt, und zwar aus den gleichen Gründen wie für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Diese Beurteilung gelte zumindest seit ca. April 2014 (Beginn der Messungen für die Haaranalyse; Urk. 7/112/48-49).

#### **E. 3.3.2**

Med. pract. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von der MEDAS F.\_\_\_\_ erklärte in der Stellungnahme vom 15. Januar 2015, er habe keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit vor dem 14. Juni 2011 (erster Bericht des J.\_\_\_\_) aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt gewesen sei. Seit dem 14. Juni 2011 sei sie aber in allen Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt zu 100 % eingeschränkt. Die in den verschiedenen Berichten (von den behandelnden Ärzten) gestellten Diagnosen seien jeweils begründet worden und nachvollziehbar. Er könne nicht sagen, ob die aktuelle medikamentöse Behandlung adäquat sei. Dies, weil er nicht wisse, ob der Beschwerdeführer weiterhin eine Grunderkrankung habe und wenn ja, welche. Es sei aus medizinischer Sicht nicht sinnvoll, vom Beschwerdeführer einen Entzug der Medikamente zu verlangen. Die Medikamente seien alle ärztlich verordnet worden wegen der Grunderkrankung respektive den Grunderkrankungen, die in den Berichten ab dem 14. Juni 2011 beschrieben worden seien. Es könnte bei einem Entzug der Medikamente möglich sein, dass dann eine auch weiterhin bestehende Grunderkrankung zum Vorschein komme. Dies könne aber auch dazu führen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers noch weiter verschlechtere, was seines Erachtens ethisch nicht verantwortbar sei. Es sei deshalb aus medizinischer Sicht nicht sinnvoll, vom Beschwerdeführer die Durchführung einer Schadenminderungspflicht und einen Entzug der Medikamente zu verlangen (Urk. 7/116/1-3).

#### **E. 3.4**

Dr. H.\_\_\_\_ vom I.\_\_\_\_ stellte im Gutachten vom 15. Januar 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/137/28): (1) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) (2) eine Angststörung und depressive Störung gemischt inkl. Hyperventilation (ICD-10: F41.2) (3) eine akzentuierte Persönlichkeit mit emotional-instabilen, selbstunsicher-vermeidenden sowie sensitiv-paranoischen Zügen (ICD-10: Z73.1) (4) ein abnormes Krankheitsverhalten mit

## Symptomausweitung und diversen Phänomenen der dysfunktionalen Beschwerdebewältigung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. H.\_\_\_\_ (Urk. 7/137/29): (1) eine ärztlich kontrollierte Analgetika-Abhängigkeit (mit Verdacht auf analgetikainduzierten Schmerz; ICD-10: F19.22) (2) eine chronische Nikotinabhängigkeit (ICD-10: F17.25) (3) eine psychogene Schlafumkehr (partiell; ICD-10: F51.2) (4) eine Trichotillomanie (ICD-10: F63.3) (5) eine Adipositas I (BMI = 30.6 kg/m<sup>2</sup>)

Dr. H.\_\_\_\_ legte dar, dass beim Beschwerdeführer sicher nicht mit einer einzigen Diagnose auszukommen sei. Im Vordergrund stehe heute ein neu raschen anmutendes Beschwerdebild, welches eine allgemeine Mattheit mit diversen Merkmalen der Reizbarkeit verbinde. Im Vordergrund bezüglich Arbeitsfähigkeit stehe indessen klar eine Schmerzsymptomatik, welche den ursprünglichen Grund seiner Arbeitsuntätigkeit geliefert habe und welche von den objektiven Befunden her nie wirklich habe begründet werden können, was somit auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Sinne des ICD-10 verweise. Dies umso mehr, als auch erhebliche psychosoziale respektive sozioökonomische Belastungsfaktoren im Spiel seien, welche zusammen mit den zwischenmenschlichen und innerseelischen Konflikten des Beschwerdeführers eine plausible Erklärung für das vorliegende Störungsbild liefern würden. Da hier eine somatische Grundlage aber nicht völlig fehle, komme die Sonderform der somatoformen Schmerzstörung, nämlich die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren als Feindiagnose auch in Frage. Im Zuge einer Symptomausweitung seien beim Beschwerdeführer in der Folge diverse Störungsphänomene auf psychischer Ebene hinzugekommen, vor allen Dingen ängstliche und depressiv anmutende Elemente (daneben auch diskrete zwanghafte = Anankasmen) sowie impulshafte wie die Trichotillomanie (Ausreissen der eigenen Haare). Da die Angstphänomene relativ diffus seien und das Feld sei ner Gesamtsymptomatik nicht eindeutig beherrschen würden, wäre hier die diagnostische Klassifizierung als Angststörung und depressive Störung gemischt am besten am Platz, zumal auch die depressiven Phänomene hier nicht dem klassischen Verlauf einer „Major Depression“ entsprechen würden, sondern vielmehr seit einiger Zeit eine Begleitverstimmung für die psychosomatische und psychosoziale Problematik des Beschwerdeführers bilden würden. Insbesondere könne auch keine eindeutige Phasenstruktur im Sinne von depressiven Schüben gefunden werden, so dass der Begriff der depressiven Episode nicht optimal am Platz zu sein scheine. Es gelte ein Stückweit als Ermessensfrage, ob man bei einer ausgeprägten somatoformen Störung eine leichte bis mittelgradige Begleitverstimmung tatsächlich separat diagnostizieren müsse; in diesem Falle wäre er geneigt, dies zu tun, zumal diese Angst- und Depressionsproblematik eine gewisse Eigenständigkeit im Gesamtstörungsbild erlangt habe und offenbar phasenweise auch über einen mittleren Schweregrad etwas hinausgehen könne (Urk. 7/137/29-30).

Angesichts der hochgradig negativen Entwicklung seit 2007 stelle sich natürlich die Frage, inwieweit dieser progrediente Störungsverlauf durch allfällige abnorme Persönlichkeitszüge im Sinne von Vulnerabilitätsfaktoren mitgeprägt sein könnte. Im Rahmen der Suche nach Anhaltspunkten für das Vorliegen einer akzentuierten Persönlichkeit seien hier vor allem emotional-instabile Züge zu nennen, welche zu überschüssenden emotionalen und psychovegetativen Reaktionen auf relativ alltägliche Belastungen prädisponieren würden. Sodann sei ein selbstunsicher-vermeidendes Wesen auszumachen, das beim Beschwerdeführer defensive und regressive Reaktionen auf

Lebensprobleme begünstige. Drittens seien noch sensitiv-paranoische Tendenzen da, welche leicht dazu führen würden, dass sich der Beschwerdeführer in subjektiver Bedrängnis sehr schnell von seiner sozialen Mitwelt bedroht fühle und dabei sogar paranoide Verhaltensmuster für seine Problematik zeige. Von daher könnte die Grundpersönlichkeit des Beschwerdeführers als diskret akzentuierte Persönlichkeit mit emotional-instabilen, selbstunsicher-vermeidenden und sensitiv-paranoischen Zügen beschrieben werden. Von Anfang an sei aufgefallen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seines Schmerzerlebens eine starke Tendenz gezeigt habe, in eine Schonhaltung zu verfallen und den Leistungsbereich zu meiden. Diese Vermeidungstendenzen hätten sich in einen sozialen Rückzug fortgesetzt, indem er sich offensichtlich nur sehr wenig Initiative und Aktivität zugetraut habe und er stattdessen die Unterstützung von Familie und System beansprucht habe. Es sei jedoch auch eine Symptomausweitung, insbesondere auf die psychische Ebene, festzustellen, indem es im Zuge der rehabilitativen Auseinandersetzungen immer mehr zur Entwicklung einer psychischen Symptomatik gekommen sei (primär Ängstlichkeit und Depressivität), was ein Stückweit in seiner Situation auch normalpsychologisch verständlich sei (Verstärkerverlust, Statusverlust, sozialer Abstieg, Schuldgefühle gegenüber Familie). Dann hätten sich die Ängste des Beschwerdeführers jedoch entsprechend den paranoiden Persönlichkeitsanteilen zu eigentlichen Beobachtungsideen mit ständiger Feindgewärtigung und letztlich sogar zum Stimmenhören verdichtet, was frühere Untersucher bewogen habe, von schweren depressiven Episoden mit psychischen Symptomen respektive schizoaffektiver Störung zu sprechen. Bei kannter Massen könnten Isolation und Rückzug solche Entwicklungen begünstigen. Für eine Störung aus dem endogenen Formenkreis habe sich aufgrund seiner Abklärung jedoch kein Hinweis ergeben. Das Hören von Stimmen sei kein pathognomonischer Hinweis auf das Vorliegen einer Psychose, zumal es selbst bei Schizophrenen nur bei ca. 70 % der Erkrankten vorkomme. Somit liege hier phänomenologisch gesprochen ein abnormes Krankheitsverhalten mit ausgeprägter Symptomausweitung und diversen Phänomenen der dysfunktionalen Beschwerdebewältigung vor (Urk. 7/137/30-33). Unter letzteren seien Verarbeitungspsychismen im Krankheitsprozess zu verstehen, welche per se keinen eigenen Krankheitswert hätten, aber gleichwohl massive Erschwernisse im Kontext der Rehabilitation bilden könnten. Im Fall des Beschwerdeführers würden folgende Phänomene festgehalten, welche zu einem maladaptiven Krankheitsverhalten beitragen: Aggravation, Symptomausweitung, Selbstlimitierung, final ausgerichtete Entschädigungshaltung, Persönlichkeitsregression, Kinesiophobie, Dekonditionierung, übertriebenes resp. fixiertes Schonverhalten, Verharren in der Krankheitsrolle, muskuläre Insuffizienz, subjektive Leistungsinsuffizienz, katastrophisierender Wahrnehmungsstil, hypochondrische Verarbeitungstendenz, mangelhafte Leistungsmotivation, Beschwerdenfixierung und zementiertes Rollenverständnis als Invaliden. Im Weiteren bestehe auch heute noch eine gewisse sekundäre, iatrogene respektive ärztlich kontrollierte Analgetika-Abhängigkeit mit der täglichen Einnahme von drei Schmerzmitteln, von denen zumindest eines zu den stärkeren Opioiden gehöre. Es sei mittlerweile bekannt geworden, dass eine durchgehende Abgabe von Analgetika letztlich die Schmerzempfindlichkeit erhöhen könne, weil dadurch die zentralen Schmerzunterdrückungsmechanismen geschwächt würden (Urk. 7/137/33-34).

Ferner führte Dr. H. \_\_\_ aus, dass – mit Blick auf das Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 (= BGE 141 V 281) – der Ausprägungsgrad des

eigentlichen Gesundheitsschadens relativ bescheiden zu veranschlagen sei. Der Behandlungs- und Eingliederungserfolg seien gering, was sich aber zu einem guten Teil mit dem abnormen Krankheitsverhalten des Beschwerdeführers erklären lasse. Die Komorbiditäten seien nicht über mässig ausgeprägt. Eine Persönlichkeitsstörung im voll ausgeprägten Sinne gemäss ICD-10 habe beim Beschwerdeführer nicht eruiert werden können. Die persönlichen Ressourcen könnten im Quervergleich nicht als schlecht bezeichnet werden (Körperbau, Intelligenz, Vorbildung). Die externen Ressourcen (das heisse die Unterstützung durch das Umfeld) seien intakt, wobei der Beschwerdeführer allerdings wenig im Sinne der Eigeninitiative bestärkt werde. Fasse man alle erhobenen Befunde im Sinne einer generellen Konsistenzprüfung zusammen, so müsse festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Persönlichkeitsregression mit dem abnormen Krankheitsverhalten ein ausgesprochen tiefes Aktivitätsniveau erreicht habe. Dabei mache er einen sehr starken Leidensdruck geltend, welcher allerdings in keinem Verhältnis zu den Gegenmassnahmen stehe, die er dafür in den letzten acht Jahren getroffen habe resp. zu treffen bereit sei, zumal hier die Eigeninitiative bezüglich Rehabilitation nahe bei null liege und sogar eher ein gewisser psychogener Widerstand zu spüren sei (Urk. 7/137/40-42).

Dr. H.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass die effektive Arbeitsfähigkeit für die selbständige und anforderungsreiche Tätigkeit als Kabel-TV-Monteur angesichts der Dekonditionierung, der negativen Motivationslage, der Persönlichkeitsregression und der starken Fixierung auf die Krankenrolle im Falle eines konkreten Arbeitsversuches wohl unter 50 % bliebe. In einer optimal angepassten Tätigkeit wäre – rein medizinisch-theoretisch gesprochen – indessen von einer höheren zumutbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen, da hier weniger zu erwarten wäre, dass bereits schon die subjektive Überforderung die Bereitschaftshaltung und das Leistungspotenzial zusätzlich beeinträchtigen würde. Hier wäre von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von ca. 70 % zu sprechen. Mit Blick auf die früheren Berichte scheinete sich das Zustandsbild des Beschwerdeführers bis 2009/2010 durch Hinzutreten psychischer Störungsnomene noch verschlechtert zu haben; dann scheinete eine gewisse Stabilisierung seiner psychophysischen Verfassung eingetreten zu sein. Eine leichte Verbesserung des Leistungspotenzials könnte allenfalls noch durch den letzten Klinikaufenthalt in E.\_\_\_\_ vom Frühjahr 2015 eingetreten sein, als eine Optimierung der Medikation vorgenommen worden sei. Zumindest könnten Medikamentennebenwirkungen heute nicht mehr als wesentlich limitierende Faktoren für seine Wiedereingliederung betrachtet werden. Von daher gebe es keinen Grund, für die letzten 5 Jahre - trotz gewisser Fluktuationen - eine wesentlich andere Situation bezüglich seiner zumutbaren Arbeitsfähigkeit anzunehmen, als sie heute gegeben sei. 100%ige Arbeitsunfähigkeiten seien nur für die Phasen der stationären Behandlungen anzunehmen (Urk. 7/137/42-46). 4. 4.1

Was

die Arbeitsfähigkeit

des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht betrifft, gaben die Ärzte der MEDAS F.\_\_\_\_ im Gutachten vom 26. November 2014 im Wesentlichen an, dass sich in der früher ausgeübten Tätigkeit als Telekommunikationstechniker nach dem Treppensturz vom 7. März 2007 - der Beschwerdeführer erlitt damals eine LWS-Distorsion/-Kontusion – höchstens eine passagere Arbeitsunfähigkeit während einiger Wochen attestieren lasse. Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in den vom Beschwerdeführer in der Schweiz ausgeführten beruflichen Tätigkeiten lasse sich (aufgrund des festgestellten chronifizierten

rechtsseitigen zerviko spon dylogenen und rechtsbetonten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms) aus rheumatologischer Sicht nicht begründen (Urk. 7/112/48). 4.2

Diese Beurteilung ist grundsätzlich unumstritten (vgl. Urk. 1 S. 16) und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden kann. Es ist demnach festzuhalten, dass aus somatischer Sicht - nach wie vor - keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. 5.

## **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 unbezogen 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 ausgeglichene Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

### **E. 5.1.1**

Das psychiatrische Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016 (Urk. 7/137 ) basiert auf einer fachärztlichen Untersuchung, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander.

### **E. 5.1.2**

Es trifft zu, dass sich Dr. H.\_\_\_\_

zu den in den Vorberichten vorgenommenen Beurteilungen und den darin gestellten Diagnosen nicht im Einzelnen geäußert hat. Dr. H.\_\_\_\_ hat die sich aus den Vorberichten ergebende Entwicklung des psychischen Leidens aber durchaus kommentiert und die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt. Was die von Dr. H.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer ausgemachten Phänomene der dysfunktionalen Beschwerdenbewältigung resp. Verarbeitungspsychismen im Krankheitsprozess (Urk. 7/137/33) betrifft, so ist dem Beschwerdeführer zwar darin beizupflichten, dass in den Vorberichten nicht von einer Aggravation die Rede ist. Dass beim Beschwerdeführer eine Motivationslosigkeit besteht resp. es bei ihm (bei gezeigter Problem- und Krankheitseinsicht sowie Behandlungsbereitschaft) an einer Änderungsmotivation fehlt, wurde aber auch von den Ärzten der D.\_\_\_\_ festgestellt (vgl. Berichte der D.\_\_\_\_ vom 3. August 2011, Urk. 7/59/3, und vom 27. April 2015, Urk. 7/124/2). Auf das Vorliegen eines maladaptiven Krankheitsverhaltens im Sinne eines Schonverhaltens war sodann bereits im Bericht des J.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2011 betreffend die dortige tagesklinische Behandlung des Beschwerdeführers vom 16. März bis 13. Mai 2011 (Urk. 7/60/9 ) hingewiesen worden. Auch im Bericht der D.\_\_\_\_ an die Beschwerdegegnerin vom 8. Mai 2014 wurde angegeben, dass sich aufgrund der vom Beschwerdeführer erlebten starken Schmerzen ein Vermeidungsverhalten etabliert habe (Urk. 7/101/4). Im Weiteren hat Dr. H.\_\_\_\_ – entgegen den Angaben des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 12) - nicht behauptet, es existiere keine psychopharmakologische Behandlung „wegen“ fehlender

Motivation und mala daptiven Krankheitsverhaltens. Vielmehr hat er bemerkt, dass leider keine

psychopharmakologische Behandlung „gegen“ fehlende Motivation und mala daptives Krankheitsverhalten existiere (Urk. 7/137/44). Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer schliesslich auch darin, dass die Angaben von Dr. H.\_\_\_\_ zum Einfluss psychosozialer Belastungsfaktoren auf das psychische Zustandsbild nicht belegt und diffus seien (Urk. 1 S. 12): In den Vorberichten finden sich zahlreiche Hinweise darauf, dass psychosoziale Belastungsfaktoren (Stellenverlust, daraus resultierende Schamgefühle gegenüber der Familie und gegenüber dem Freundeskreis sowie finanzielle Abhängigkeit von den Eltern resp. seit 2011 vom Sozialamt, Schulden) massgeblich zur Entstehung des psychischen Beschwerdebildes beigetragen haben und dessen Verlauf mitbestimmen (vgl. Bericht der A.\_\_\_\_ vom 19. September 2011, Urk. 7/62/1; Bericht des J.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2011, Urk. 7/60/8 ; Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 10. März 2014 , Urk. 7 /106/6). Dr. H.\_\_\_\_ seinerseits hat – die Angaben in den besagten Vorberichten aufgreifend – folgerichtig konstatiert, es hätten von Anfang an Vermeidungstendenzen bestanden, welche sich in einem sozialen Rückzug fortgesetzt hätten, und es sei insbesondere auf der psychischen Ebene zu einer Symptomausweitung (primär Ängstlichkeit und Depressivität) gekommen, was ein Stückweit in seiner Situation normal psychologisch auch verständlich sei (Verstärkerverlust, Statusverlust, sozialer Abstieg, Schuldgefühle gegenüber der Familie [Urk. 7/137/32]; vgl. auch Urk. 7/137/10-11 [prekäre Wohnverhältnisse, Privatschulden von über Fr. 50'000.--, Schulden gegenüber dem Sozialamt von Fr. 160'000.--]).

### **E. 5.1.3**

Die von Dr. H.\_\_\_\_ – schlüssig hergeleitete – Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ist aufgrund der Angaben in den Vorberichten (vgl. Urk. 7/102/5, Urk.

7/102/15, Urk. 7/101/1, Urk. 7/106/5 und Urk. 7/124/1; vgl. auch Urk. 7/62/2, Urk. 7/60/6, Urk. 7/98/1) nicht in Frage zu stellen. Sodann hat Dr. H.\_\_\_\_ nachvollziehbar dargelegt, dass beim Beschwerdeführer weder eine Persönlichkeitsstörung noch eine schizoaffektive Störung vorliege, je doch eine akzentuierte Persönlichkeit mit emotional-instabilen, selbstunsicher-vermeidenden sowie sensitiv-paranoischen Zügen (ICD-10 Z73.1) gegeben sei. Für den Zeitpunkt der Begutachtung (24. November 2015) ein zuleuchten vermag mit Blick auf die von Dr. H.\_\_\_\_ erhobenen Befunde (Urk. 7/137/21-22) auch die Diagnose „Angst und depressive Störung gemischt“ (ICD-10 F41.2; zu den Diagnosekriterien vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinie n, 9. Auflage, Bern 2014, S. 199). Nicht in Frage zu stellen ist schliesslich auch seine Feststellung, wonach die Medikamentennebenwirkungen im Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr als wesentliche limitierende Faktoren für eine Wiedereingliederung betrachtet werden könnten (Urk. 7/137/46; vgl. Urk. 7/126/2).

### **E. 5.1.4**

Dr. H.\_\_\_\_ kam zusammengefasst zum Schluss, dass die effektive Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kabel-TV-Monteur (aktuell) wohl unter 50 % bliebe. In einer optimal angepassten Tätigkeit wäre – rein medizinisch-theoretisch gesprochen – von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von ca. 70 % zu sprechen (Urk. 7/137/42-46).

### **E. 5.2**

Zu dieser Beurteilung ist zu bemerken, dass sich im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbeschleunigt ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen darf. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1; BGE 140 V 193 E. 3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_342/2015 vom 10. November 2015 E. 1.2). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verliert (vgl. statt vieler: BGE 142 V 342 E. 6.1 mit Hinweisen). Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invalitätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 140 V 193 und BGE 130 V 352 E. 2.2.5).

### **E. 5.3.1**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts setzt der Nachweis der Invalidität eine gesundheitlich bedingte erhebliche und evidente, dauerhafte und objektivierbare Beeinträchtigung voraus. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleichermaßen (BGE 139 V 547 E. 9.4).

### **E. 5.3.2**

Die Diagnosen aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10 Systems sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" an gegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichtes 9C\_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1 mit Hinweis auf 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

Die Diagnose „Angst und Depression gemischt“ ist gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts im Lichte der offiziellen ICD-klassifikatorischen Umschreibung ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_55/2014 vom 27. Februar 2014 E. 4.3 mit Hinweisen).

Die Rentenrelevanz einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens – wie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - beurteilt sich nach der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 1.3). Solche Leiden gelten - auch nach der mit diesem Leitentscheid vorgenommenen Rechtsprechungsänderung - nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht

(BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1).

Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen fehlt es – solange sie therapeutisch angebar sind – nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes an der vorausgesetzten Schwere, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch. Sie vermögen in der Regel invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu führen (Urteile des Bundesgerichtes 8C\_813/2016 vom 10. März 2017 E. 4 und 8C\_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.4). Dies gilt unabhängig davon, ob die Auswirkungen einer (leichten bis mittelgradigen) depressiven Störung auf das Leistungsvermögen im Kontext eines eigenständigen Beschwerdebildes oder einer psychischen Begleiterkrankung (Komorbidität) zu beurteilen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 5). Bei Vorliegen einer (dauerhaften) schweren depressiven Störung kann demgegenüber bereits während der Behandlung ein – allenfalls befristeter – Rentenanspruch entstehen, wenn sich die versicherte Person einer konsequenten Therapie unterzieht (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_650/2016 vom 9. März 2017 E. 5).

Eine Therapie ist als konsequent zu erachten, wenn die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.3).

#### **E. 5.4.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich, ausgehend von den Feststellungen im Gutachten von Dr. H. \_\_\_ vom 15. Januar 2016 (Urk. 7/137), auf den Standpunkt, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Einschränkungen nicht auf einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zurückzuführen seien (Urk. 2).

#### **E. 5.4.2**

Soweit die Beschwerdegegnerin aus der Beurteilung von Dr. H. \_\_\_ schloss, es liege ein Ausschlussgrund (vgl. E. 1.3.2) vor, kann ihr nicht gefolgt werden. Dr. H. \_\_\_ machte keine eindeutige Aggravationsproblematik, sondern nur gewisse Diskrepanzen und Inkonsistenzen im vom Beschwerdeführer gezeigten Störungsbild aus (Urk. 7/137/37-38). Damit hat die Beschwerdegegnerin zu Unrecht von einer Indikatorenprüfung abgesehen. Im Rahmen dieser Prüfung sind die besagten, von Dr. H. \_\_\_ ausdrücklich als nicht krankheitswertig bezeichneten Phänomene der dysfunktionalen Beschwerdenbewältigung resp. Verarbeitungspsychismen im Krankheitsprozess (Urk. 7/137/33) jedoch durchaus zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.4).

#### **E. 5.4.3**

Mit Blick auf die nachvollziehbaren Feststellungen von Dr. H. \_\_\_ zu den Indikatoren (Urk. 7/137/40-42) ist der von ihm gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im Zeitpunkt der Begutachtung (November 2015) ein massgeblicher Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht gänzlich abzusprechen. Dies insbesondere auch deshalb, weil der geringe Eingliederungserfolg der seit Juli 2010 durchgeführten ambulanten und mehreren stationären psychiatrischen Behandlungen laut Dr. H. \_\_\_ nur teilweise mit dem maladaptiven Krankheitsverhalten zu erklären ist und das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers in sämtlichen Lebensbereichen sehr tief erscheint.

Angesichts des gemäss Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ relativ bescheidenen Ausprägungsgrades der Schmerzstörung, des auch mit dem Schonverhalten und der mangelhaften Leistungsmotivation zu erklärenden geringen Eingliederungserfolgs, der die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigenden somatischen und der (im Zeitpunkt der Begutachtung) nicht ausgeprägten psychischen Komorbidität, der nicht krankheitswertigen Persönlichkeitsstruktur, der von Dr. H.\_\_\_\_ beschriebenen Ressourcen (intaktes familiäres Umfeld, welches den Beschwerdeführer laut Dr. H.\_\_\_\_ allerdings wenig im Sinne der Eigeninitiative bestärkt, sondern ihn in einem passiven, konsumistischen Zustand hält [Urk. 7/137/42])

und psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. E. 5.1.2) sowie der von ihm aufgeführten Inkonsistenzen (Urk. 7/137/37-38 und Urk. 7/137/42 [ Missverhältnis zwischen dem vom Beschwerdeführer geltend gemachten sehr starken Leidensdruck und den getroffenen Gegenmassnahmen]) – erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhang auch, dass der Beschwerdeführer im Sommer 2015 Vater wurde, er offenbar nachmittags regelmässig eine kleine Kaffeebar in der Nachbarschaft aufsucht und zuweilen auch noch die Strecke Winterthur-Zürich mit dem Auto fährt (Urk. 7/137/10-11 und Urk. 7/137/15) – vermag die chronische Schmerzstörung im Zeitpunkt der Begutachtung aber keine höhere als die von Dr. H.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in bisheriger und 30 % in angepasster Tätigkeit zu begründen. Vielmehr ist diese Einschätzung im Rahmen der gebotenen Gesamtbetrachtung nicht zu beanstanden, wobei sie aber eher grosszügig erscheint.

#### **E. 5.4.4**

Die Diagnose „Angst und Depression gemischt“ vermag nach dem Gesagten (vgl. E. 5.3.2) für sich betrachtet fraglos keine höhere (als die von Dr. H.\_\_\_\_ attestierte) Arbeitsunfähigkeit zu bewirken.

#### **E. 5.4.5**

Demnach ist für den Zeitpunkt der Begutachtung gestützt auf das insoweit überzeugende Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in bisheriger und einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (vgl. das von Dr. H.\_\_\_\_ beschriebene Zumutbarkeitsprofil, Urk. 7/137/43) auszugehen.

#### **E. 5.5.1**

Der Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_, wonach für die letzten fünf Jahre (also seit November 2010) – trotz gewisser Fluktuationen – keine wesentlich andere Situation bezüglich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anzunehmen sei, kann aufgrund der nachfolgenden Erwägungen nicht voll umfänglich beigespflichtet werden.

#### **E. 5.5.2**

Im Bericht der A.\_\_\_\_ vom 19. September 2011 betreffend den dortigen Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 5. Oktober bis 1. November 2010 wurde erstmals eine psychiatrische Diagnose ([reaktive] mittelgradige depressive Episode) gestellt (Urk. 7/62; vgl. auch Urk. 7/87/8-9 ). Im Bericht der B.\_\_\_\_ vom 15. November 2011 (stationärer Aufenthalt vom 27. Januar bis 10. März 2011) wurde zwar - erstmals – eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) diagnostiziert. Das Vorliegen einer schweren depressiven Symptomatik erscheint aufgrund der von den Ärzten der B.\_\_\_\_ bei Eintritt erhobenen Befunde (Urk. 7/68/7) jedoch nicht nachvollziehbar ( zu den Diagnosekriterien einer schweren depressiven Episode gemäss ICD-10 32.2

vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S.

169

ff.).

Ausserdem haben sie die von ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht mit der depressiven, sondern mit der Schmerzsymptomatik begründet (Urk. 7/68/7-8). Die im Bericht des J.\_\_\_\_ an die B.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2011 (betreffend die tagesklinische Behandlung vom 16. März bis 13. Mai 2011) – wiederum – gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode (ohne psychotische Symptome [ICD-10 F32.2]) ist hingegen aufgrund der darin gemachten Angaben zum Eintrittsbefund (Urk. 7/60/8) nicht in Frage zu stellen. Laut dem genannten Bericht konnte die Depression im Rahmen der tagesklinischen Behandlung zwar leicht reduziert werden (Urk. 7/60/9). Offenbar kam es aber kurz danach zu einer Exazerbation der depressiven Symptomatik, weshalb der Beschwerdeführer von Dr. G.\_\_\_\_ am 24. Mai 2011 in die Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie ZH Ost der D.\_\_\_\_ eingewiesen wurde, wo er sich in der Folge bis zum 25. Juli 2011 aufhielt. Die Ärzte der D.\_\_\_\_ diagnostizierten im betreffenden Bericht vom 3. August 2011 (Urk. 7/59) wiederum eine schwere depressive Episode (ohne psychotische Symptome [ICD-10 F32.2]), was aufgrund des Eintrittsbefundes ebenfalls nachvollziehbar erscheint. Bei Austritt am 25. Juli 2011 war laut dem besagten Bericht der D.\_\_\_\_ das Zustandsbild im Wesentlichen unverändert, wobei anzumerken ist, dass der Austritt aus dieser Klinik offenbar gegen den ärztlichen Rat vor Abschluss der geplanten medikamentösen Einstellung erfolgte. Anschliessend dauerte laut Dr. G.\_\_\_\_ das schwere depressive Zustandsbild an (Urk. 7/87/8). Dabei fand laut Dr. G.\_\_\_\_ seit Oktober resp. November 2011 nunmehr auch eine regelmässige Medikation mit zwei wirkstarken Antidepressiva statt (Wellbutrin und Trittico, je 300 mg [Urk. 7/87/10]). Vom 12. Oktober 2012 bis 28.

März

2013 hielt sich der Beschwerdeführer wiederum stationär in der E.\_\_\_\_ auf. Im betreffenden Austrittsbericht vom 2. April 2013 wurde – nebst einer somatoformen Störung (ICD-10 F45) – wiederum eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) diagnostiziert. Im Weiteren wurde berichtet, dass nach Durchführung verschiedener Therapien und der Erhöhung der depressiven Medikation eine Besserung des psychopathologischen Befundes eingetreten, am Ende aber wieder eine leichte Verschlechterung bemerkbar gewesen sei (Urk.

7/106/18). Laut den Angaben von Dr. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 15. Mai 2014 rutschte der Beschwerdeführer jedoch schon wenige Wochen nach dem Austritt aus der D.\_\_\_\_ wiederum in eine verstärkte Depression und befand sich während einigen Monaten in einem desolaten Zustand, ehe er sich am 31. Oktober 2013 wieder für knapp vier Monate in stationäre Behandlung in die D.\_\_\_\_ begab (Urk. 7/102/6). Im betreffenden Austrittsbericht vom 10. März 2014 (Urk. 7/102/10-13) wurde eine rezidivierende depressive Störung, schwere Episode mit psychotischen Symptomen, (ICD-10 F33.2) und eine chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert und festgehalten, dass sich der Zustand bis zum Austritt am 25. Februar 2014 nicht wesentlich gebessert habe. Die gleiche Diagnose wurde auch im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 27. April 2015 betreffend den dortigen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 5. März bis 8. April 2015 gestellt (Urk. 7/124). Im September 2014 resp. bereits seit April 2014 war dem

Beschwerdeführer laut der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters der Medas F.\_\_\_\_ eine Erwerbstätigkeit wegen einer durch die Medikamente verursachten, die Konzentrationsfähigkeit erheblich beeinträchtigenden ausgeprägten Müdigkeit unmöglich (Urk. 7/112/50-51 und Urk. 7/116).

### **E. 5.5.3**

Aufgrund der besagten – echtzeitlichen – Beurteilungen der behandelnden Ärzte besteht hinreichend Grund zur Annahme, dass ab dem 16. März 2011 (Aufnahme einer tagesklinischen Behandlung im J.\_\_\_\_) das Krankheitsbild einer persistierenden schweren depressiven Episode vorherrschte. Der psychiatrische Gutachter der Medas F.\_\_\_\_ bestätigte in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15. Januar 2015 denn auch, dass der Beschwerdeführer seit 14. Juni 2011 (Datum des Berichts des J.\_\_\_\_ an die B.\_\_\_\_ betreffend die tagesklinische Behandlung vom 16. März bis 15. Mai 2011) in allen Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, und zwar wegen den in den Berichten der behandelnden Ärzte beschriebenen Diagnosen, welche nachvollziehbar seien, und den dadurch verursachten Einschränkungen (Urk. 7/116/1). Während der Beschwerdeführer laut den Ärzten der D.\_\_\_\_ während des dortigen Aufenthaltes vom 24. Mai bis 25. Juli 2011 die aus ihrer Sicht indizierten zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten nicht in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausschöpfte (Urk. 7/59), war dies ab Oktober 2011 offenbar der Fall (Urk. 7/87/10).

### **E. 5.5.4**

Nach dem in Erwägung 5.5.2 Gesagten rechtfertigt sich daher die Annahme, dass aufgrund einer vorherrschenden schweren depressiven Symptomatik – erst – ab Oktober 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bestand. Ab April 2014 ist gestützt auf das Gutachten der MEDAS F.\_\_\_\_ vom 26. November 2014 sowie die ergänzende Stellungnahme vom 15. Januar 2015 (Urk. 7/112 und Urk. 7/116; vgl. E. 3.3) von einer durch die Medikamentennebenwirkungen verursachten 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Eine Besserung des Beschwerdebildes ist – mit Dr. H.\_\_\_\_ (Urk. 7/137/46) – überwiegend wahrscheinlich ab Frühjahr 2015 (Optimierung der Medikation, vgl. Urk. 7/126) anzunehmen. Spätestens ab dem 24. November 2015 (Begutachtung durch Dr. H.\_\_\_\_) ist nach dem Gesagten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in bisheriger und 70 % in angepasster Tätigkeit als gegeben zu erachten. Anhaltspunkte dafür, dass es seither bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (wieder) zu einer Zustandsverschlechterung gekommen sein könnte, liegen nicht vor (nach der Begutachtung datierende psychiatrische Berichte wurden nicht eingereicht; vgl. aber Bericht des Instituts für Anästhesiologie des L.\_\_\_\_ vom 18. August 2016 [„Allgemeiner Status: adäquater, orientierter Patient in gutem AZ und EZ, allseits orientiert, gibt differenziert Auskunft, schwingungsfähig.“ [Urk. 7/152/3]).

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Ausgehend von einer Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten von 100 % ab Oktober 2011 und einer Arbeitsunfähigkeit von nurmehr 30 % in angepasster Tätigkeit spätestens ab dem 24. November 2015 (Begutachtung durch Dr. H.\_\_\_\_) bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit zu prüfen.

### **E. 6.2**

Ab Oktober 2011 bestand – bei 100%iger Arbeitsunfähigkeit – eine Erwerbsunfähigkeit von 100 % und damit ein Invaliditätsgrad von 100 %.

### **E. 6.3.1**

Zur Ermittlung der Auswirkungen der spätestens ab dem 24. November 2015 bestehenden mindestens 70%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ist ein Einkommensvergleich durchzuführen (vgl. E. 1.4).

### **E. 6.3.2**

Das Valideneinkommen ist so konkret wie möglich zu bestimmen. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen).

Den Auszügen aus dem Individuellen Konto des Beschwerdeführers (Urk. 7/95) sowie den von ihm eingereichten Unterlagen (Arbeitszeugnisse und Lebenslauf, Urk. 7/1/10-23) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach dem Abschluss der Lehre als Mechapraktiker im Jahr 2002 bei diversen Arbeitgebern tätig war. Das weitaus höchste Einkommen erzielte er dabei an seiner letzten, von November 2008 bis Mai 2009 versehenen Stelle als Betriebsmechaniker bei der Y.\_\_\_\_ (vgl. Sachverhalt Ziffer 1). Laut deren Angaben im Fragebogen für Arbeitgebende (Urk. 7/16) hätte der Beschwerdeführer dort im Gesundheitsfall im Jahr 2009 ein Jahreseinkommen von Fr. 67'600.-- erzielt (Urk. 7/16/3). Indessen hat sie das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen (fehlendes Arbeitsvolumen) gekündigt (Urk.

7/16/ 1). Wie es sich damit verhält, kann offen bleiben, ändert doch am Ergebnis nichts, wenn das Valideneinkommen auf der Basis dieses (vergleichsweise hohen) Einkommens berechnet und dementsprechend unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung bis ins Jahr 2015 (von 2136 Punkten im Jahr 2009 auf 2 226 Punkte im Jahr 2015; vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Entwicklung der Nominallöhne, Männer, Total, T39) das mutmassliche Einkommen 2015 auf Fr. 70'448.30 (= Fr. 67'600.-- : 2136 x 2226) festgesetzt wird.

### **E. 6.3.3**

Da der Beschwerdeführer keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat, sind für die Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss LSE 2012 heranzuziehen. Der Durchschnittslohn des Kompetenzniveaus 1 belief sich gemäss LSE 2012 (privater Sektor, Tabelle TA1, Total) für Männer auf Fr. 5'210.--. Umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Bundesamt für Statistik, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T 03.02.03.01.04.01) und angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2015 (von

2'188 Punkten im Jahr 2012 auf 2'226 Punkte im Jahr 2015; vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Entwicklung der Nominallöhne, Männer, Total, T39) ergibt sich ein hypothetischer Jahreslohn 2015 von Fr. 66'309.-- (= Fr. 5'210.-- : 40 x 41,7 x 12 : 2188 x 2 226) für ein Pensum von 100 % und ein solcher von Fr. 46'416.30 für das spätestens ab dem 24. November 2015 zumutbare Pensum von 70 %.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc).

Vorliegend bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer wegen eines oder mehrerer der genannten Kriterien seine Restarbeitsfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Erfolg erwerblich verwerten kann. Gemäss der LSE 2012 ist bei Männern ohne Kaderfunktion in Bezug auf eine Teilzeitarbeit zwischen 50 % und 74 % nicht von einem proportional unter durchschnittlichen Einkommen auszugehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_12/2017 vom 28. Februar 2017 E. 5.5.2 mit Hinweis). Den darüber hinaus beim Beschwerdeführer bestehenden Einschränkungen trägt bereits die attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit Rechnung, zumal sie nach dem Gesagten ohnehin eher grosszügig erscheint. Ein nochmaliger Einbezug beim Tabellenlohn würde eine unzulässige doppelte Berücksichtigung darstellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_802/2016 vom 30. März 2017 E. 4.1). Dass der Beschwerdeführer auf eine verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen angewiesen ist, ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht als eigenständiger abzugsfähiger Umstand

zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_693/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Da auch sonst keine Abzugsgründe ersichtlich sind, ist auf dem ermittelten Tabellenlohn von Fr. 46'416.30 kein Abzug vorzunehmen.

#### **E. 6.3.4**

Im Vergleich zum ermittelten Valideneinkommen 2015 von maximal Fr. 70'448.30 resultiert spätestens ab dem 24. November 2015 eine Erwerbseinbusse von maximal Fr. 24'032.-- resp. ein – rentenausschliessender – Invaliditätsgrad von maximal 34 %.

#### **E. 6.4.1**

Wie eingangs dargelegt, entsteht der Rentenanspruch in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen ist. Bei der Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit gilt die einjährige Wartezeit in dem Zeitpunkt als eröffnet, in dem eine dauernde und erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist; erheblich kann sie bereits bei einem Grad von 20

% sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_174/2013 vom 21. Oktober 2013

E. 3).

#### **E. 6.4.2**

Echtzeitlich wurde dem Beschwerdeführer aus psychischen Gründen erstmals ab dem 3. Oktober 2010 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 7/62). Aus rechtlicher Sicht ist nach dem Gesagten zwar bis Oktober 2011 nicht auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu schliessen. Aufgrund der Beurteilungen der behandelnden Ärzte wie auch von Dr. H.\_\_\_\_ rechtfertigt sich aber die Annahme, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich zumindest in der bis herigen Tätigkeit nie voll arbeitsfähig war. Das Wartejahr ist deshalb am 2. Oktober 2011 als erfüllt zu erachten (vgl. Art. 29 ter der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] e.c.). Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit während des Wartejahres ist dabei unter Berücksichtigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 3. Oktober bis 1. November 2010 (stationäre Behandlung in der A.\_\_\_\_), vom 27. Januar bis 10. März 2011 (stationäre Behandlung in der B.\_\_\_\_), vom 16. März bis 15. Mai 2011 (tagesklinische Behandlung im J.\_\_\_\_) sowie vom 24. Mai bis 25. Juli 2011 (stationäre Behandlung in der D.\_\_\_\_) auf mindestens 70 % zu veranschlagen.

Demnach hat der Beschwerdeführer ab dem 1. Oktober 2011 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung.

#### **E. 6.5**

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für die Herabsetzung der Leistungen von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Die Verbesserung ist jedenfalls zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin dauern wird.

Da nach dem Gesagten anzunehmen ist, dass es bereits ab Frühjahr 2015 zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers kam (vgl. E. 5.5.4), ist die von Dr. H.\_\_\_\_ attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit ab Begutachtung (24. November 2015) zu berücksichtigen. Der ab dem 1. Oktober 2011 bestehende Rentenanspruch ist daher bis 30. November 2015 zu befristen.

#### **E. 7**

Die angefochtene Verfügung ist deshalb in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und festzustellen, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Oktober 2011 bis 30. November 2015 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

#### **E. 8**

.1

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

Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist ausgewiesen (Urk. 3). Da auch die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, ist ihm in Bewilligung seines Gesuchs vom 10. Oktober 2016 (Urk. 1 S. 2) Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen, und es ist ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.

### **E. 8.2**

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 900.-- anzu setzen. Ausgangsgemäss – der Beschwerdeführer beantragte eine unbefristete ganze Rente ab dem 1. Februar 2010 – sind sie zu einem Drittel der Beschwerdegegnerin und zu zwei Dritteln dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, wobei der auf den Beschwerdeführer entfallende Kostenanteil zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen ist.

### **E. 8.3**

Rechtsanwalt Dr. Largier machte mit Honorarnote vom 29. November 2016 einen Aufwand von 11,1 Stunden und Barauslagen von Fr. 65.-- geltend (Urk. 9), was angemessen erscheint. Bei einem gerichtsblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- resultiert

eine Entschädigung von Fr. 2'707.60 (inkl. Barauslagen und MWSt). Die Entschädigung hat zu zwei Dritteln (resp. Fr. 1'805.10) aus der Gerichtskasse zu erfolgen, und zu einem Drittel (resp. Fr. 902.50) hat die Beschwerdegegnerin wegen teilweisen Unterliegens die Entschädigung zu leisten.

### **E. 8.4**

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 10. Oktober 2016 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt und es wird ihm die unentgeltliche Prozessführung bewilligt; und erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 21. September 2016 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Oktober 2011 bis 30. November 2015 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer zu zwei Dritteln (Fr. 600.--) und der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel (Fr. 300.--) auferlegt. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird der auf den Beschwerdeführer entfallende Kostenanteil einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Dr. iur. André Largier, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 902.50 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

Im weitergehenden Umfang wird der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Dr. iur. André Largier, Zürich, mit Fr. 1'805.10 (inkl. Barauslagen und

Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - AXA Stiftung Berufliche Vorsorge, Postfach 300, 8401 Winterthur 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 Der Gerichtsschreiber Hurst Kreyenbühl

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