

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00550 vom 16. August 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00550](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00550)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00550 du 16 août 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00550 del 16 agosto 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1963 geborene X.\_\_\_\_ war zuletzt von 1998 bis 2015 als Mitarbeiter Office bei der Z.\_\_\_\_ tätig (Urk. 7/7, Urk. 7/20) . Am 1. April 2015 meldete er sich unter Hinweis auf rheumatische Beschwerden und psychische Probleme bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2) . Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und zog Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/5, Urk. 7/30) sowie der Unfallversicherung (Urk. 7/14) bei. Zudem liess sie den Versicherten polydisziplinär begutachten (Expertise vom 23. Mai 2016 ; Urk. 7/49) . Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/60, Urk. 7/63, Urk. 7/67) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 27. März 2017 (Urk. 7/70 = Urk. 2) ab.

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) . 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**

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. 1.3**

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen

Anforderungen zu stellen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.1 mit Hinweis auf SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C\_830/2007 E. 5.1).

Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar.

So geht die Gerichtspraxis etwa davon aus, dass gar für funktionell Einarmige auf diesem Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten bestehen, oder dass selbst ein auf 25 % beschränktes Pensum verwertbar ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_724/2012 vom 8. Januar

2013 E. 4.3 mit Hinweisen und 8C\_489/2007 vom 28. Dezember 2007 E. 4.1).

An der Massgeblichkeit des theoretisch ausgeglichenen Arbeitsmarktes vermag der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, im tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden (vgl. Urteil 8C\_237/2011 vom 19. August 2011 E. 2.3).

Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist in denjenigen Fällen anzu nehmen, in denen die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C\_485/2014 vom 28. November 2014 E. 3.3.1 mit Hinweisen).

Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nützen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 290 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts I 273/04 vom 29. März 2005, I 591/02 vom 5. Mai 2004, I 285/99 vom 13. März 2000 und U 176/98 vom 17. April 2000). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteile des Bundesgerichts 9C\_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3 und 9C\_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.1, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

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**

Der Versicherte erhob am 12. Mai 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. März 2017

(Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) zuzusprechen. Eventuell sei die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, mit der Verpflichtung, es sei ein

rechtskonformes Gutachten zu erstellen, anschliessend seien berufliche Massnahmen zu prüfen und neu zu entscheiden (Urk. 1 S. 2, Urk. 1 S. 11 f.). Am 22. Juni 2017 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 18. August 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Mit Eingaben vom 20. September 2017 (Urk. 9) und 12. April 2018 (Urk. 12) reichte der Beschwerdeführer mehrere Arztberichte (Urk. 10/1-2, Urk. 13) ein, welche der Beschwerde gegenüber zur Kenntnis gebracht worden sind (Urk. 11, Urk. 14).

Am 19. Juli 2018 zog der Beschwerdeführer sein mit der Beschwerde gestelltes Gesuch um unentgeltliche Prozessführung zurück (Urk. 17), und am 31. Juli 2017 reichte er einen Arztbericht zu Händen des Migrationsamtes (Urk. 19) ein (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 27. März 2017 (Urk. 2) damit, dass die medizinischen Abklärungen ergeben hätten, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht weder eine psychiatrische noch eine körperliche Einschränkung mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 1). Das Medas-Gutachten vom 23. Mai 2016 sei schlüssig und umfassend.

Eingliederungsmassnahmen seien nicht erfolgversprechend, da sich der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig fühle (S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), auf das Medas-Gutachten könne nicht abgestellt werden beziehungsweise das Gutachten zuhänden seiner Krankentaggeldversicherung müsse als gleichwertig berücksichtigt und rechtlich gewürdigt werden (S. 7 Ziff. 18). Alle Gutachter hätten angegeben, dass die bisherige Tätigkeit ideal für ihn sei. Indes habe ihm sein ehemaliger Arbeitgeber aufgrund der negativen Verhaltensänderungen der letzten Jahre quasi aus dem Stand gekündigt. In casu seien keine ausreichenden Arbeitsplätze auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt vorhanden (S. 11 Ziff. 33).

Der Beschwerdeführer machte mit Eingaben vom 20. September 2017 (Urk. 9) und 12. April 2018 (Urk. 12) geltend, die Berichte von med. pract. A.\_\_\_\_, praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. September 2017 (Urk. 10/1) und 5. April 2018 (Urk. 13) bestätigten die Feststellungen des B.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2015 sowie das Gutachten der Krankentaggeldversicherung.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

#### **3. 3.1**

Die Ärzte des B.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, nannten mit Bericht vom 30. Dezember 2014 (Urk. 7/12/6-7) folgende, hier gekürzt aufgeführten Diagnosen (S. 1): - panvertebrales Schmerzsyndrom - Vitamin D-Mangel (Erstdiagnose [ED] 20. November 2014) - substituierte Hypothyreose

Es finde sich ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit fibromyalgieformiger Ausbreitung bei einer Fehlhaltung mit einem Flachrücken thorakal mit sekundären myofaszialen Befunden im Schultergürtelbereich rechtsbetont, parathorakal rechts sowie einer Haltungsinsuffizienz.

Im MRI seien mehrsegmentale degenerative Veränderungen und konsekutiv leichte Spinalstenosen der Segmente C3/C5 beidseits gesehen worden bei klinisch fehlendem Hinweis für eine radikuläre Symptomatik. Eine entzündliche Veränderung habe ausgeschlossen werden können. Die fibromyalgieähnlichen Beschwerden könnten deutlich verstärkt werden durch den laborchemisch festgestellten ausgeprägten Vitamin D-Mangel. Dem Beschwerdeführer sei eine Physiotherapieverordnung mitgegeben worden für ein intensives aktives Rumpfstabilitätstraining sowie zur Detonisierung. Eine klinische Kontrolle sei in 8 Wochen vorgesehen. 3.2

Die Ärzte des B. \_\_\_\_, Klinik für Unfallchirurgie, nannten mit Austrittsbericht vom 16. Februar 2015 (Urk. 7/14/6-8) folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1): - leichtes Schädel-Hirn-Trauma vom 11. Februar 2015 - Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion vom 11. Februar 2015 - Ellbogenkontusion rechts vom 11. Februar 2015 - Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Differentialdiagnose (DD): chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - anamnestisch wohl rezidivierend depressive Symptomatik - panvertebrales Schmerzsyndrom - Vitamin D-Mangel (ED 20. November 2014) - substituierte Hypothyreose - dringender Verdacht auf Skabies - rezidivierende Schwindelattacken (ED 2009)

Der 51-jährige Beschwerdeführer sei heute Nachmittag (11. Februar 2015) um zirka 16.30 Uhr unbeobachtet in Ohnmacht gefallen und auf den Kopf und den rechten Ellenbogen gestürzt. Er sei wahrscheinlich zirka 10 Minuten bewusstlos gewesen. Seither habe er Kopfschmerzen am Ort des Aufpralls und Nackenschmerzen, sowie leichte Schmerzen am rechten Ellenbogen. Die Schwindelanfälle seien bekannt und verstärkten sich bei psychischem Stress. Dieser sei heute vermehrt gewesen, da er heute Vormittag ein Gespräch bezüglich Arbeitslosigkeit gehabt hätte (S. 2 oben). Der Beschwerdeführer sei zur Überwachung auf die chirurgische Bettenstation aufgenommen worden. Insgesamt habe ein unauffälliger neurologischer Verlauf mit guter Schmerzkompensation während des gesamten stationären Aufenthalts bestanden. Er sei daher in subjektivem Wohlbefinden am 13. Februar 2015 in die ambulante Weiterbehandlung und das häusliche Umfeld entlassen worden (S. 2 unten). 3.3

Die Ärzte des B. \_\_\_\_, Klinik für Neurologie, nannten mit Bericht vom 1. April 2015 (Urk. 7/17) als hier gekürzt aufgeführte Diagnose ein diffuses Beschwerdebild seit zirka 2009 bestehend (S. 1). Es hätten sich keine Hinweise auf ein epileptogenes Geschehen als Ursache des polysymptomatischen Beschwerdebildes erfassen lassen (S. 2 unten). 3.4

Dr. med. C. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte mit Bericht vom 18. Juni 2015 (Urk. 7/26/1-5) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 2003 (Ziff. 3.1) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei spondylogener Symptomatik, degenerative Veränderung der HWS und Lendenwirbelsäule (LWS), Fehllage mit Flachrücken thorakal, sekundären myofaszialen Befunden - Haltungsschwäche, Status nach Schädelhirntrauma 2015 und Mai 2015 (richtig wohl 2015) - rezidivierend depressive Symptomatik bei psychosozialer Belastungssituation, chronische Schmerzstörung - neuropsychologische Auffälligkeiten mit schwerer Beeinträchtigung der geprüften Nierenfunktionen wie verlangsamte psychomotorische Verarbeitungsgeschwindigkeit, deutlich reduzierte Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit - stark reduzierte Erfassungsspanne, deutlich eingeschränkte Frontalhirnfunktionen - substituierte Hypothyreose, Vitamin D-Mangel

Von November 2014 bis heute bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkaufsmitarbeiter (Ziff. 2). Die rheumato logischen Beschwerden sowie die neuropsychologischen Defizite beeinflussten die Gesundheit und/oder die Arbeitstätigkeit (Ziff. 5.3). 3.5

Die Fachpersonen des

B.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, berichteten am 26. Juni 2015 (Urk. 7/66/4-7) über eine neuropsychologische Untersuchung und nannten folgende, hier gekürzt aufgeführte Hauptdiagnosen (S. 1): - diffuses Beschwerdebild seit zirka 2009 bestehend - Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma vom 14. Mai 2014 - Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma vom 11. Februar 2015 - panvertebrales Schmerzsyndrom - substituierte Hypothyreose - Vitamin D-Mangel, ED 20. November 2014

Die neuropsychologische Untersuchung zeige schwere Beeinträchtigungen in den meisten der geprüften Hirnfunktionen. Bei vorliegendem Leistungsprofil dürfte eine berufliche Umorientierung mit Neuerlernen von Fähigkeiten praktisch unmöglich sein. Es würden einfache, dem Beschwerdeführer bestenfalls bereits bekannte Routinetätigkeiten ohne hohe kognitive Anforderungen (insbesondere auch an die Fehlerkontrolle) empfohlen (S. 3). 3.6

Die Ärzte des B.\_\_\_\_, Institut für Anästhesiologie, nannten mit Bericht vom 7. Juli 2015 (Urk. 7/26/9-14) folgende, hier gekürzt aufgeführten Diagnosen (S. 1): - panvertebrales Schmerzsyndrom - Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung, DD: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - anamnestisch rezidivierende depressive Symptomatik

Es bestünden ausgeprägte myofasziale Schmerzkomponenten, die vor allem im wirbelsäulennahen Bereich die Bewegungsabläufe deutlich einschränkten. Basierend auf den MRI-Befunden würden Irritationen der Nervenwurzeln wie auch Facettengelenksbeschwerden denkbar sein. Zum jetzigen Zeitpunkt könnten diese wegen Schmerzüberlagerung durch muskuloskelettale Komponenten nicht differenziert werden (S. 2). 3.7

Die Fachpersonen des B.\_\_\_\_, Physiotherapie Ergotherapie, führten mit Bericht vom 28. Juli 2015 (Urk. 7/26/7-8) aus, in der heutigen klinischen Untersuchung habe sich ein Patient gezeigt, der massiv angespannt gewirkt habe. Die Untersuchung sei aufgrund der Schmerzexazerbation des Beschwerdeführers stark limitiert gewesen. Eine differenzierte Untersuchung des Achsenskeletts sei nicht möglich gewesen. Es bestünden in der Hauptsache myo-fasziale und haltungsbedingte Schmerzen, bei deutlichem Angst- und Vermeidungsverhalten. Es sei im Grunde eine physiotherapeutische Behandlung indiziert und sollte ausschliesslich aktiv erfolgen. Zudem werde ein Entspannungstraining als zielführend und sinnvoll erachtet (S. 1). 3.8

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 16. November 2015 zuhanden der Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers ein psychiatrisch-neurologisches Gutachten (Urk. 7/30/4-71). Er nannte aus bidisziplinärer Sicht folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 61 Ziff. 5.1): - somatoformer Schwindel mit rezidivierenden Schwindelattacken, gemäss Versicherungsakte seit 2009, ohne organisches Korrelat - Persönlichkeitsakzentuierung mit dissozialen und narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73.1) - diffuses panvertebrales Schmerzsyndrom und fluktuierende Sensibilitätsstörungen ohne organisches Korrelat

Die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10-Katalog seien nicht ausgewiesen. Aufgrund der dissozialen Persönlichkeitszüge bestehe eine geringe Frustrationstoleranz und eine niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten, eine Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das Verhalten anzubieten, durch das der Versicherte in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten könne. Aufgrund der Persönlichkeitszüge sei es bereits zu Konfliktsituationen an der letzten Arbeitsstelle gekommen, der Versicherte habe gedroht, einen Mitarbeiter an der letzten Arbeitsstelle körperlich anzugreifen. Aufgrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge könne der Versicherte auch in der Zukunft reduziert flexibel und unangepasst reagieren, was zu wesentlichen Funktionsbeeinträchtigungen im sozialen Verhalten und zu subjektiven Leiden und einem Leid bei Bezugspersonen führen könne. Aus diesem Grund sei der Versicherte auf einen angepassten Arbeitsplatz bei einem konfliktarmen Arbeitgeber angewiesen (S. 39 Mitte).

Es bestehe der Verdacht auf eine mangelnde Compliance im Hinblick auf die Medikamenteneinnahme.

Zusammenfassend liege kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vor. Von einem Scheitern der ambulanten oder stationären Therapie auf psychiatrischem Fachgebiet könne nicht gesprochen werden. Aktuell bestehe keine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Die gutachterliche Konsistenzprüfung ergebe Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen. Es bestünden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden sowie Diskrepanzen zwischen den massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation. Zudem bestünden Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe sowie der medikamentösen Compliance.

Das Ausmass der im Rahmen der Exploration und der neurologischen Untersuchung im Rahmen der bidisziplinären Abklärung durch den Versicherten vorgetragene Schmerzen, Missempfindungen und Beeinträchtigungen könne weder aufgrund der Würdigung der Versicherungsakte (Befunde) und der dokumentierten apparativen Zusatzdiagnostik (siehe Punkt 2) noch gemäss dem psychopathologischen Befund analog dem AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation) objektiviert werden (S. 40).

Im Bericht über die neurologische Untersuchung führte Dr. D. \_\_\_ aus, im Rahmen der klinisch-neurologischen Untersuchung seien ein ausgeprägtes Aggravationsverhalten mit demonstrativer Fallneigung beim Blindgangversuch und eine Selbstlimitierung auffallend gewesen. Die durch den Versicherten demonstrierten Defizite könnten nicht auf eine organopathologische Genese zurückgeführt werden (S. 53 unten).

Der Versicherte trage als Hauptbeschwerde seit 10 Jahren bestehende chronische Kopfschmerzen ohne fokalneurologische Reizerscheinungen vor, welche an 24 Stunden am Tag und an 30 Tagen in Monat präsent seien und mehrmals täglich trotz der Analgetika-Einnahme exazerbieren. In der Familie sei keine Kopfschmerzkrankung bekannt (S. 54 Mitte). Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf fokalneurologische Defizite ergeben. Das vom Versicherten vorgetragene Schmerzprofil sei nicht nachvollziehbar (S. 55 Mitte).

Im Weiteren trage der Versicherte im Rahmen der heutigen neurologischen Untersuchung einen seit dem Jahre 2009 bestehenden diffusen situationsabhängigen Schwindel vor. Stress führte zur Exazerbation der Beschwerden. Im Rahmen der Schwindelanfälle sei es in letzter Zeit rezidivierend zu Stürzen mit Verletzungen gekommen. Der klinisch-neurologische Status sei im Rahmen der aktuellen Untersuchung bis auf die oben erwähnten, auf neurologischem Fachgebiet auch nicht erklärbaren, am ehesten funktionell bedingten Auffälligkeiten regelgerecht (S. 56 Mitte). Es handle sich überwiegend wahrscheinlich um einen somatoformen Schwindel (S. 57 oben). Es würden sich Hinweise auf nicht in vorhandenem Umfang geklagte Beschwerden im Sinne zumindest einer Symptomausweitung ergeben. Die beklagte Intensität und das Ausmass der Beschwerden seien mit dem alltäglichen Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers nicht vereinbar (S. 58 oben).

Im Weiteren würden seit Jahren therapieresistente zervikale und lumbale Rückenschmerzen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung, begleitet von diffusen Missempfindungen, die die körperliche Leistungsfähigkeit subjektiv einschränkten, angegeben. Das Ausmass der vorgetragenen zervikalen und lumbalen Schmerzen und der objektiven pathologischen Befunde der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule kontrastiere mit dem MRI-Befund der gesamten Wirbelsäule. Bei klinisch und radiologisch fehlender neuraler Kompression könnten weder die Ausstrahlung der Schmerzen in die Knie noch die bei der Untersuchung angegebenen Missempfindungen plausibilisiert werden (S. 58 f.).

Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Versicherte aus bidisziplinärer Sicht in einer angepassten Tätigkeit (bisherige Tätigkeit gleich angepasst) bei einem konfliktarmen Arbeitgeber zu 100 % arbeitsfähig (S. 63 Ziff. 6.1). 3.9

Die Gutachter der Medizinischen Abklärungsstelle (Medas) E. \_\_\_ erstatteten am 23. Mai 2016 ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie, Neuropsychologie sowie Neurologie zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/49/1-23; Teilgutachten Rheumatologie Urk. 7/49/26-34; Teilgutachten Psychiatrie Urk. 7/49/35-51 ; Teilgutachten Neuropsychologie Urk. 7/49/52-59; Teilgutachten Neurologie Urk. 7/49/60-63). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), DD: dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein chronisches tägliches Schmerzsyndrom, keiner differenzierten Diagnose zuordbar sowie einen zurzeit nicht klassifizierbaren Schwindel (S. 20).

Im rheumatologischen Teilgutachten von

Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, wurde zusammenfassend ausgeführt, in ausschweifender Ausfüh rung werde vom Versicherten ein Ganzkörperschmerz an allen Tagen berichtet, dazu schlafe er nachts nur 2 ½ Stunden. Der Versicherte habe ein Verhalten im Zusammenhang mit auch thematisierten Schwindelerlebnissen demonstriert, das überwiegend geprägt gewesen und einzuordnen sei anhand von zum Teil grotesken Diskrepanzen und unspezifischen Verhaltensmustern . So sei auch die klinische Untersuchung des Bewegungsapparates nicht in allen Teilen aussagekräftig wegen thematisierten « Schwindelgefühlen » . Es lasse sich aber ein entzündliches spezifisches Leiden oder eine anderweitig differenzierte Störung aus dem rheumatologischen Formenkreis ausschliessen. Die Gegenüberstellung und Wertung des funktionalen

Verhaltens des Versicherten vor, während und nach der Expertise zeigen auch keine Hinweise auf relevante morphologische Störungen oder Einschränkungen. Die Kriterien für eine Fibromyalgie-Symptomatik seien nicht erfüllt. Es werde ein chronisch erlebtes und auch nicht immer nachvollziehbar demonstriertes Körpererleben diagnostiziert, welches aus rheumatologischer Sicht keiner differenzierten Diagnose oder spezifischem Leiden aus dem rheumatologischen Formenkreis zuordbar sei. Für die frühere respektive eine angepasste Verweistätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 16).

Aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, geht zusammenfassend hervor, dass der Beschwerdeführer über Krämpfe im Kopf und Vergesslichkeit berichtet habe. In der Familie gebe es öfters Streitigkeiten, er bekomme manchmal Schwindel, «falle dabei um». Er schlafe 2 ½ Stunden pro Nacht. Eine eigentlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe zu keinem Zeitpunkt stattgefunden. Die Beschwerdeschilderungen seien diffus, auf psychiatrischem Gebiet fehlten sämtliche Details einer spezifischen Störung. Eine Diskrepanz liege zum Beispiel dahingehend vor, dass der Beschwerdeführer nach langer Anfahrt den ganzen Gutachtensnachmittag mit verschiedenen Untersuchungen verbringe mit Gang zum Labor und zurück. Dies sei nicht vereinbar mit der Vorstellung, dass der Beschwerdeführer zu Hause von der Familie gestützt werden müsse beim Duschen oder gar auf dem WC. Konsistenzparameter nach Widder seien in einigen Punkten positiv. Wahrscheinlicher sei Aggravation, nämlich die bewusstseinsnahe, tendenziell überhöhte Darstellung vorhandener Beschwerden zur Erlangung von auch materiellen Vorteilen. Die diffuse Schmerzsymptomatik begleitet von Missempfindungen und Schwindelanfällen sei möglicherweise im Rahmen einer Konfliktsituation am Arbeitsplatz entstanden, zumindest bestehe eine Exazerbation in diesem Rahmen. Es werde eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10

F45.1) und eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54) diagnostiziert. Aus diesen Störungsbildern entstehe keine dauerhafte Behinderung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Für einfach strukturierte Arbeiten ohne Konfliktpotenzial bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80

% infolge einer qualitativen Leistungsminderung (S. 16).

Aus dem neuropsychologischen Teilgutachten von lic. phil. Neuropsychologin H.\_\_\_\_ geht zusammenfassend hervor, dass vom Beschwerdeführer subjektiv Gedächtnis- und Konzentrationsdefizite beschrieben würden mit Beginn vor zirka 10 Jahren und einer Verschlechterung seit 2-3 Jahren. Des Weiteren würden Schwindel, «Kopfkrämpfe» und Schlafprobleme erwähnt. In Art und Ausprägung bestehe eine nicht authentische kognitive Minderleistung in allen untersuchten kognitiven Bereichen. Bezüglich Glaubwürdigkeit gebe es klare Hinweise auf eine bewusste, grobe Verfälschung der Befunde. Würden die Resultate valide sein, würde der Beschwerdeführer eine kognitiv äußerst schwer eingeschränkte Person sein, was dem Bild einer mittelschweren bis schweren oder schweren Demenz entsprechen würde. Negative Antwortverzerrungen seien belegbar, so dass kein gültiges Testprofil erhalten werden können. Ob eine kognitive Störung (zum Beispiel als Symptom einer psychischen Problematik oder bei Schmerzen) den noch vorhanden sei, könne aufgrund der eingeschränkten Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers nicht beurteilt werden. Die Art und Intensität der objektivierten Defizite sei zudem auch nicht mit den in der Literatur zu findenden Störungen bei milden Schädelhirntraumen oder chronischen Schmerzen vereinbar (S. 17 oben).

Aus dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_, praktischer Arzt, geht zusammenfassend hervor, dass der

Beschwerdeführer

seit mindestens 10 Jahren an einem chronischen täglichen Ganzkörperschmerzsyndrom leide. Auf grund der Anamnese, der Semiologie der Schmerzen und des normalen Neurostatus best ünden derzeit keine Anhaltspunkte für eine Läsion des peripheren und/oder zentralen Nervensystems als mögliche Ätiologie. Ausserdem leide er an « Schwindel ». Aufgrund der sehr schwierig zu erhebenden Anamnese und des normalen Neurostatus sei es zurzeit wirklich unmöglich, diesen Schwindel zu klassifizieren. Aus neurologischer Sicht liege keine Arbeitsunfähigkeit vor. Es werde auf ausgeprägte Diskrepanzen bei der Untersuchung verwiesen (S. 17 Mitte).

Der neurologische Gutachter nannte als Diagnosen ein chronisches tägliches Schmerzsyndrom mit Schmerzen im ganzen Körper mit Schwerpunkt im Rücken sowie einen zurzeit nicht klassifizierbaren Schwindel mit anamnestischen häufigen Stürzen (Urk. 7/49/60-63 S. 4 Ziff. 5).

Interdisziplinär werde festgestellt, dass die Begutachtungen von Aggravationen und auch mangelnder Kooperation geprägt gewesen

seien. Trotzdem lasse sich festhalten, dass sich keine Hinweise auf ein wesentliches somatisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit finden liessen. Dies decke sich durchaus mit den Vorbefunden und einer 2015 durchgeführten Begutachtung. Die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung gründe sich auf die diffuse Schmerzsymptomatik, begleitet von Missempfindung und Schwindelanfällen, einem subjektiven Schmerzsyndrom über Jahre bestehend, möglicherweise exazerbiert im Rahmen der Arbeitsplatzsituation. Alleine aus dem psychiatrischen Krankheitsbild könne eine qualitative Leistungseinschränkung von 20

% angegeben werden bei einer vollen zeitlichen Präsenz (S. 20).

Bei der bisherigen Tätigkeit handle es sich um eine einfach strukturierte Tätigkeit in Wechselpositionen, somit eine angepasste Tätigkeit. Hierfür bestehe eine volle Leistungsfähigkeit mit einer qualitativen Minderung von 20 %. Retrospektiv könne diese Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2014 angesetzt werden, als es nach Arbeitsplatzkonflikt vermutlich zur Exazerbation der subjektiven Schmerzsymptomatik gekommen sei (S. 22).  
3.10

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 11. Juni 2016 (Urk. 7/59/4-5) aus, es werde empfohlen, auf das Gutachten der Medas abzustellen. Es sollte von einem leichten bis mässigen psychiatrischen für die Arbeitsfähigkeit relevanten Gesundheitsschaden mit Beurteilung/Belastungsprofil gemäss Gutachten ausgegangen werden. 3.11

Die Ärzte des B.\_\_\_\_, interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen, nannten mit Bericht vom 18. November 2016 (Urk. 7/66/1-3) folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1 f.) - chronische Schwindelbeschwerden - generalisiertes Schmerzsyndrom - anamnestisch rezidivierende depressive Symptomatik - substituierte Hypothyreose

Der Beschwerdeführer sei zur erneuten Abklärung eines bereits im Jahr 2009 am B.\_\_\_\_ abgeklärten Schwindels zugewiesen worden, welcher anamnestisch (Kommunikation aus sprachlichen Gründen erschwert) zumindest teilweise lagerungsabhängig sei und zugenommen habe. In der aktuellen Untersuchung (Kooperation erschwert) sei in allen Lagerungsmanövern unerschöpflicher Schwindel angegeben worden. Möglicherweise handle es sich um einen Lagerungsschwindel, ausserdem bestehe eine ausgeprägte psychophysische Komponente (S. 3). 3.12

Dr. J.\_\_\_\_, RAD, führte mit Stellungnahme vom 6. Februar 2017 (Urk. 7/69/3) aus, die letzten vorgelegten medizinischen Arztberichte zeigten entweder keine objektivierbaren Schwindelerklärungen (Bericht des B.\_\_\_\_ vom 18. November 2016) oder seien älteren Datums (Bericht des B.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2015). 3.13

Nach Verfügungserlass führte med. pract. A.\_\_\_\_ mit Bericht vom 6. September 2017 (Urk. 10/1) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 16. Juni 2017 und nannte als Diagnose eine schwere depressive Episode, mit Verdacht auf bereits langjährige Chronifizierung (ICD-10 F32.2) mit somatischen Symptomen. Der Beschwerdeführer werde in Konsultationen zu mindestens einer Stunde Dauer im Abstand von etwa zwei Wochen behandelt. Bisher habe keine nennenswerte Zustandsveränderung erreicht werden können. Mittelfristig (in den nächsten Monaten) werde es wohl kaum zu einer Zustandsverbesserung kommen (S. 2). 3.14

Dr. C.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 15. September 2017 (Urk. 10/2) aus, aufgrund der erheblichen psychischen Belastungen und der zum Teil schwerwiegenden Schwindelstörungen mit Stürzen sei der Beschwerdeführer in vorwiegend sitzender Tätigkeit nur zu 20 % arbeitsfähig. Wegen des Unfallrisikos sei das Bedienen von Maschinen oder Tätigkeiten an Örtlichkeiten mit Gefahrenpotential nicht möglich. Die somatischen Störungen hätten eher zugenommen. 3.15

Med. pract. A.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 5. April 2018 (Urk. 13) als Diagnosen eine schwere depressive Episode, mit Verdacht auf bereits langjährige Chronifizierung (ICD-10 F32.2) mit somatischen Symptomen sowie einen Status nach mehreren Schädelhirntraumen mit deutlichen neuropsychologischen Defiziten. Den Beschwerdeführer sehe er in einem engmaschigen Behandlungssetting zirka alle zehn Tage. Die Konsultationen würden von einem Übersetzer begleitet und dauerten zirka eine Stunde. Der Beschwerdeführer sei aufgrund starkem Antriebsmangel, deutlichen Konzentrationsstörungen und fehlender psychischer Belastbarkeit zu 100 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Er nehme motiviert mit Übersetzer eine engmaschige ambulante Behandlung wahr. Da er gemäss neuropsychologischem Gutachten nichts Neues mehr lernen könne und aufgrund von Schmerzen und Schwindel würde ein (teil-)stationärer Aufenthalt mit einem strukturierten Ganztagsprogramm für ihn nicht zumutbar sein (S. 1). 4. 4.1

Das Medas-Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen. Die geklagten Beschwerden wurden gebührend abgeklärt; die Akten fanden Berücksichtigung und die Schlussfolgerungen der Experten wurden schlüssig begründet. Die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. vorstehend E.

1. 4 ) wurden erfüllt, weshalb grundsätzlich auf das Gutachten abgestellt werden kann. Dies empfahl auch RAD-Arzt J.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.10 ).

Der Beschwerdeführer macht geltend, die Medas-Gutachter beschwerten sich darüber, dass sie keinen Zugang zum Beschwerdeführer hätten herstellen können beziehungsweise dieser nicht kooperativ gewesen sei beziehungsweise sich verweigert habe. Es sei darauf hinzuweisen, dass die bestellten Dolmetscher vor Ort nicht hätten angetroffen werden können, beziehungsweise der Begleiter des Beschwerdeführers die Übersetzungen machen können. Dieser Umstand habe Einfluss auf den Ablauf der Begutachtung gehabt. Auf das Medas-Gutachten könne nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 7 Ziff. 18). Indes fehlte der beauftragte Dolmetscher einzig bei der neurologischen Begutachtung am 19. März 2016 (vgl. Urk. 7/50, Urk. 7/65) und fielen Aggravationen und mangelnde Kooperation auch anderen Medas-Gutachtern (vgl. vorstehend E. 3.9) sowie bereits auch Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.8) auf. Zudem legte der Beschwerdeführer nicht dar, inwieweit der Umstand, dass der Begleiter des Beschwerdeführers die Übersetzung übernommen hat, die neurologische Begutachtung beeinflusst haben sollte. Im Übrigen übernahm auch bei Untersuchungen am B.\_\_\_\_ jeweils ein Begleiter des Beschwerdeführers die Übersetzungen (Urk. 7/5/16-17, Urk. 7/17, Urk. 7/66/4-7, Urk. 7/66/1-3). Der Einwand des Beschwerdeführers vermag das Medas-Gutachten nicht zu entkräften. 4.2

Aus rheumatologischer Sicht wurde im Medas-Gutachten ein chronisch erlebtes und auch nicht immer nachvollziehbar demonstriertes Körpererleben diagnostiziert, welches keiner differenzierten Diagnose oder spezifischem Leiden aus dem rheumatologischen Formenkreis zugeordnet werden konnte. Für die frühere respektive eine angepasste Verweistätigkeit wurde eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Der neurologische Gutachter nannte als Diagnosen ein chronisches tägliches Schmerzsyndrom und einen nicht klassifizierbaren Schwindel, wobei er beiden Diagnosen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zumass und von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausging. Die Neuropsychologin konnte aufgrund belegbarer negativer Antwortverzerrungen kein gültiges Testprofil erhalten und stellte fest, dass wenn die Resultate valide sein würden, der Beschwerdeführer eine kognitiv äusserst schwer eingeschränkte Person

wäre, was dem Bild einer mittelschweren bis schweren oder schweren Demenz entsprechen würde. Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte schliesslich eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) und eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54) und mass diesen Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in dem Sinne zu, als eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit infolge einer qualitativen Leistungsminderung attestiert wurde (vorstehend E. 3.9).

Interdisziplinär gingen die Medas-Gutachter denn auch alleine aufgrund des psychiatrischen Krankheitsbildes von einer 20%igen Leistungseinschränkung bei voller zeitlicher Präsenz aus, dies seit Oktober 2014. Sie hielten fest, dass es sich bei der bisherigen Tätigkeit um eine einfach strukturierte Tätigkeit in Wechselpositionen handle, somit eine angepasste Tätigkeit (vorstehend E. 3.9).

Da die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach Einschätzung der Gutachter auf ein psychosomatisches Leiden zurückzuführen ist, ist eine genauere Prüfung der funktionellen Auswirkung der dadurch verursachten Beschwerden vorzunehmen, wozu die Gutachter ebenfalls Stellung nahmen (vgl. S. 17 ff. des Gutachtens). 4.3

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der

Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

Die Anerkennung eines rentenbegünstigenden 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 an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmtes Urteil des Bundesgerichts 8C\_409/2017 vom 21. März 2018 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 4.4

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 Leistungsdruck

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex

"Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2). 4.5

Die Medas-Gutachter hielten zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde fest, der internistische Untersuchungsbefund sei unauffällig gewesen, es hätten sich Diskrepanzen gefunden.

Es sei ein extrem langsames Ausziehen, das fast einer Verweigerung gleichkomme, beobachtet worden, was auch der begutachtende Rheumatologe festgestellt habe. Auch aus rheumatologischer Sicht hätten sich keine pathologischen Befunde ergeben, wobei die Untersuchung bei extremer Berührungsempfindlichkeit und weiteren Diskrepanzen letztendlich abgebrochen werden müssen. Der Neurostatus sei unauffällig gewesen. Neuropsychologisch zeigten sich kognitive Minderleistungen, allerdings seien diese Resultate nicht valide bei auffälliger Anstrengungsbereitschaft. Auch hier seien von der Gutachterin erhebliche Diskrepanzen und Aggravation beschrieben worden. Die Gutachter hielten weiter fest, es hätten sich Phänomene wie Aggravation, Verdeutlichungstendenz, Symptomausweitung, Selbstlimitierung, insbesondere aber Persönlichkeitsregression, das heisst sich hilflos geben gegenüber Helfern wie Angehörigen, gefunden (vgl. Urk. 7/49/1-23 S. 17 f. Ziff. 1). Damit fällt zusammenfassend eine schwere Ausprägung des psychischen Leidens ausser Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.1). Auch der Gutachter Dr. D. \_\_\_\_, der im November 2015 zuhanden der Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers ein interdisziplinäres psychiatrisch-neurologisches Gutachten erstattet hatte, stellte im Rahmen der klinisch-neurologischen Untersuchung ein ausgeprägtes Aggravationsverhalten mit demonstrativer Fallneigung beim Blindgangversuch und eine Selbstlimitierung fest. Er konnte die durch den Beschwerdeführer demonstrierten Defizite ebenfalls nicht auf eine organpathologische Genese zurückführen.

Die das Beschwerdebild ebenfalls mitprägenden psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen, sind als nicht invalidisierend und damit nicht versicherte Umstände auszuscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2015 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1). Die Medas-Gutachter nahmen eine zureichende Abgrenzung zu den zweifelsohne vorhandenen psychosozialen Belastungsfaktoren, namentlich den Konflikten am Arbeitsplatz, der seit der Kündigung durch den Arbeitgeber bestehenden Arbeitslosigkeit, dem niedrigen Bildungsniveau und den mangelnden Sprachkompetenzen vor (vgl. Urk. 7/49/1-23 S. 18 Ziff. 3).

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz führten die Gutachter aus, dass sie die Frage, ob die bisherige Therapie lege artis gewesen sei, nicht beurteilen könnten, da unpräzise Angaben bezüglich Medikation vorliegen würden

(Urk. 7/49/1-23 S. 20 unten). Dr. D.\_\_\_\_ hatte im November 2015 den Verdacht einer mangelnden Compliance im Hinblick auf die Medikamenteneinnahme und kam zum Schluss, dass aktuell keine leitlinien gerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

bestehe (vorstehend E. 3.8) . Der Beschwerdeführer war zudem nie in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, weder ambulant noch stationär (Urk. 7/30/4-71 S. 27 unten, Urk. 7/49/1-23 S. 20 unten). Erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung nahm er eine psychiatrische Therapie auf (vgl. vorstehend E. 3.13). 4.6

Zu den komplexen Persönlichkeit und sozialer Kontext hielten die Medas-Gutachter fest, dass der soziale Kontext stabil sei. Der Beschwerdeführer lebe in der Familie mit seinen Angehörigen. Die Ehefrau sei in einem Pensum von 50 % tätig, sie hätten zwei schulpflichtige Kinder. Der Beschwerdeführer halte Kontakt zu den Eltern im Heimatland, berichte aber auch von zunehmenden Konflikten mit Geschwistern und Arbeitskollegen (vgl. Urk. 7/49/1-23 S. 19 Ziff. 5). 4.7

Zu prüfen ist sodann die Konsistenz. Dazu führten die Medas-Gutachter aus, dass sich bei allen Gutachtern zahlreiche Diskrepanzen

gefunden hätten. So sei zum Beispiel problemloses Liegen in Rücklage auf der Untersuchungsliege möglich gewesen, beim anschliessenden Versuch, die Körpergrösse zu messen mit Rückenkontakt an der Wand habe der Beschwerdeführer aber heftigste Schmerzen angegeben und grimassiert. Mangelnde Kooperation sei zum Beispiel festzustellen gewesen, als der Versicherte zur Untersuchung der Pupillen die Augen nicht öffnen könne, weil er dadurch Schwindel bekomme, sich während der gesamten übrigen Zeit aber durchaus mit geöffneten Augen bewegt habe (vgl. Urk. 7/49/1-23 S. 21) . Laut rheumatologischem Gutachter hat der Beschwerdeführer ein Verhalten im Zusammenhang mit auch thematisierten Schwindelerlebnissen demonstriert, das überwiegend geprägt gewesen und einzuordnen sei anhand von zum Teil grotesken Diskrepanzen und unspezifischen Verhaltensmustern. In der psychiatrischen Begutachtung wurde eine Diskrepanz dahingehend festgestellt, dass der Beschwerdeführer nach langer Anfahrt den ganzen Gutachtennachmittag mit verschiedenen Untersuchungen verbringe, Gang zum Labor und zurück, was nicht vereinbar

mit der Vorstellung

sei, dass der Beschwerdeführer zu Hause von der Familie gestützt werden müsse beim Duschen oder gar auf dem WC. So wurde denn auch Aggravation, nämlich die bewusstseinsnahe, tendenziell überhöhte Darstellung vorhandener Beschwerden zur Erlangung von auch materiellen Vorteilen, als wahrscheinlich erachtet. Die Neuropsychologin stellte bezüglich Glaubwürdigkeit klare Hinweise auf eine bewusste, grobe Verfälschung der Befunde fest. Negative Antwortverzerrungen seien belegbar gewesen, so dass sie kein gültiges Testprofil erhalten konnte. Der neurologische Gutachter wies ebenfalls auf Diskrepanzen bei der Untersuchung hin (vorstehend E. 3.9).

Auch der Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ stellte im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen und diverse Diskrepanzen fest. Das Ausmass der im Rahmen der Exploration und der neurologischen Untersuchung durch den Versicherten vorgebrachten Schmerzen,

Missempfindungen und Beeinträchtigungen konnte weder aufgrund der Würdigung der Versicherungssakte (Befunde) und der dokumentierten apparativen Zusatzdiagnostik noch gemäss dem psychopathologischen Befund analog dem AMDP objektiviert werden. Auch im Rahmen der klinisch-neurologischen Untersuchung seien ein ausgeprägtes Aggravationsverhalten mit demonstrativer Fallneigung beim Blindgangversuch und eine Selbstlimitierung auffallend gewesen (vorstehend E. 3.8).

Hinsichtlich des Leidensdruckes gilt es zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer bis zum Verfügungserlass keine adäquaten Therapien wahrgenommen hatte (Urk. 7/30/4-71 S. 27 unten, Urk. 7/49/1-23 S. 20 unten, vgl. vorstehend E. 3.13), was auf einen bis zu diesem Zeitpunkt geringen Leidensdruck schliessen lässt (vgl. Urteil des Bundesgericht 9C\_337/2015 vom 7. April 2016 E. 6.2). 4.8

Zusammenfassend erweist sich damit die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers der Medas-Gutacher auch nach Prüfung der Standardindikatoren als schlüssig. 4.9

Konkrete Hinweise, die gegen die Schlüssig- und Zuverlässigkeit des Medas-Gutachtens sprechen, vermag der Beschwerdeführer entgegen seiner Ansicht (vgl. Urk. 1 S. 8 ff. Ziff. 22. ff.) nicht darzulegen. Der Bericht der Fachpersonen des B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5) sowie auch weitere vorhandene Arztberichte (vorstehend E. 3.1-7) vermögen die gutachterliche Beurteilung nur schon deshalb nicht umzustossen, da sie keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit enthalten. Denn für die Bestimmung des Rentenanspruchs ist es grundsätzlich unabhängig von der Diagnose und unbesehen der Ätiologie massgebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; Urteil 8C\_391/2015 vom 11. August 2015 E. 3.3). Des Weiteren kann er auch aus dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ zuhanden der Krankentaggeldversicherung (vorstehend E. 3.8) nichts zu seinen Gunsten ableiten, stellte doch auch dieser ausgeprägtes Aggravationsverhalten und diverse Diskrepanzen fest. Zudem attestierte er eine vollständige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit, wobei die bisherige Tätigkeit einer angepassten entspreche. 4.10

In Bezug auf die nach Verfügungserlass erstellten Berichte des neuen behandelnden Psychiaters med. pract. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.13 und E. 3.15 sowie Urk. 19) und von Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.14) gilt, dass das Sozialversicherungsgericht nach ständiger Rechtsprechung die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt

beurteilt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b).

Die Behandlungen des Beschwerdeführers ab Juni 2017 bei med. pract. A.\_\_\_\_ erfolgten nach Verfügungserlass am 27. März 2017 und fallen damit nicht mehr in den hier zu beurteilenden Zeitraum. Zudem geht daraus hervor,

dass es sich bei seiner Einschätzung um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes handelt und sich

med. pract. A.\_\_\_\_ bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stützte, welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht massgebend sind. Aus dem – ebenfalls nach Verfügungserlass

– erstellten Bericht von Dr. C. \_\_\_ von September 2017 (vorstehend E. 3.14) geht weder hervor, wann er den Beschwerdeführer letztmals untersucht hat noch enthält der Bericht Befunde. Die Feststellung, dass die somatischen Störungen eher zugenommen hätten, wurde damit nicht nachvollziehbar begründet. 4.11

Die vorliegenden medizinischen Akten erweisen sich nach dem Gesagten als ausreichend. Auf weitere Abklärungen kann deshalb verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157). Nach der Würdigung der medizinischen Akten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer nach Ablauf des Wartjahres in seiner angestammten Tätigkeit, welche einer angepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung des formulierten Belastungsprofils entspricht, zu 100 % arbeitsfähig ist, wobei eine qualitative Leistungseinschränkung von 20 % besteht. 5. 5.1

Der Einwand, die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit sei aus bestimmten Gründen nicht mehr verwertbar (Urk. 1 S. 11 Ziff. 3 3), ist nicht stichhaltig. Ein fachstrukturierte Tätigkeiten in Wechselpositionen (vgl. vorstehend E. 3.9) sind auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in ausreichender Anzahl vorhanden. So weit der Einwand

unter Hinweis auf das von Dr. D. \_\_\_ definierte Belastungsprofil begründet wurde, ist im Übrigen auf die Rechtsprechung zu verweisen (vorstehend E. 1.3), wonach der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können, umfasst. 5.2

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 8C\_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen). 5.3

Nachdem dem Beschwerdeführer auch seine angestammte Tätigkeit, welche einer angepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung des formulierten Belastungsprofils entspricht, zu 80 % zumutbar ist (vgl. vorstehend E. 4.11), rechtfertigt sich ein Prozentvergleich, welcher einen eindeutig rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % ergibt. 5.4

Die einen Rentenanspruch verneinende Verfügung vom 27. März 2017 (Urk. 2) erweist sich als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. In Bezug auf Eingliederungsmassnahmen ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, wonach solche nicht erfolgsversprechend sind, da sich der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig fühlt (vorstehend E. 2.1). 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

## **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).

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