

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00782 vom 4. Februar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-02-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00782

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00782 du 4 février 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00782 del 4 febbraio 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, arbeitete seit 2004 bei der Y.____ als Angestellter/Arbeiter, als er sich am 8. Mai 2012 bei einem Arbeitsunfall eine Verletzung am linken Knie zuzog (Urk. 8/4/174). Am 4. März 2013 meldete er sich bei der Invalidenversicherung zu m Leistungsbezug an (Urk. 8/1).

Gestützt auf ihre medizinischen und erwerblichen Abklärungen stellte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, mit Vorbescheid vom 16. Oktober 2014 die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (Urk. 8/35). Dagegen erhob der Versicherte am 31. Oktober (Urk. 8/36) und 5. Dezember 2014 (Urk. 8/40) Einwände, worauf die IV-Stelle weitere Abklärungen vornahm (vgl. Urk. 8/57 und Urk. 8/60), zu denen der Versicherte am 23. Juli (Urk. 8/58), am 23. Juli (richtig wohl: 21. September ; Urk. 8/58) und am 1. Oktober 2015 (Urk. 8/65) Stellung nahm.

Hierauf holte die IV-Stelle bei der MEDAS Z.____ das polydisziplinäre Gutachten vom 1. Februar 2017 (Urk. 8/96) ein. Mit Vorbescheid vom 12. April 2017 hielt sie an der Abweisung des Leistungsgesuchs fest (Urk. 8/100), wogegen der Versicherte am 2. Mai 2017 (Urk. 8/101) und 6. Juni 2017 (Urk. 8/103) erneut Einwände erhob. Mit Verfügung vom 12. Juni 2017 verneinte die IV-Stelle den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 2 = Urk. 8/106).

E. 1.1

): - laterale Tibiaplateau -Impressions-Fraktur links am 8. Mai

2012 - Osteosynthese laterales Tibiaplateau links mit Chronos Knochenersatz plastik am 15. Mai 2012 - aktuelles Rehabilitations-Defizit - diskrete

Inguinalhernie beidseits - total extraperitoneale Hernioplastik (TEP) beidseits am 20. März 2013

In der Tätigkeit als Bauarbeiter habe vom 8. Mai 2012 bis 12. Mai 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, seit 13. Mai 2013 bestehe eine solche von 70 % (Ziff. 1.5). Die bisherige Tätigkeit sei zu zirka 50 % zumutbar, ab dem 13. Mai 2013 sei eine leichte körperliche Arbeit vorgesehen (Ziff. 1.7).

E. 1.2

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

E. 1.3

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

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).

E. 1.4

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 rein begründenden 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. BGE 144 V 50 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).

E. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin wies das Leistungsbegehren zusammengefasst mit der Begründung ab (Urk. 2),

obwohl im psychiatrischen Gutachten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, sei in dieser Hinsicht keine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen. Der

psychiatrische Gutachter habe zu den von ihm festgestellten Inkonsistenzen keine Stellung genommen, weshalb auf den psychiatrischen Teil des Gutachtens nicht abgestellt werden könne (S. 2 Mitte). In somatischer Hinsicht sei der Beschwerdeführer in der ursprünglichen Tätigkeit als Bauarbeiter zwar nicht mehr, hingegen in einer körperlich leichten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig (S. 1 unten f.). In einer angepassten Tätigkeit könnte er ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen (S. 2 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wandte dagegen im Wesentlichen ein (Urk. 1), die Einschätzung der Beschwerdegegnerin widerspreche dem Gutachten. Dieses sei vom Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) als schlüssig erachtet worden (Ziff. 9 S. 4). Das Gutachten der MEDAS Z. ___ sei überzeugend, und es sei darauf abzustellen (Ziff. 14 S. 9).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 3.1

2

Dr. med. M. ___ berichtete am 18. Januar 2018 (Urk. 20), es bestünden deutliche Hinweise auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) sowie auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), und der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien für eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.8). Unter der aktuellen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung habe sich die depressive Symptomatik leichtgradig verbessert. Die Schmerzen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen blieben jedoch unverändert bestehen. Sowohl die andauernde Schmerzempfindung als auch der depressive Aspekt führten zu einer starken gedanklichen Einengung, so dass die psychischen Ressourcen für eine kritische Perspektivenübernahme nicht ausreichten. Der Beschwerdeführer verfüge über eine geringe Introspektionsfähigkeit und könne kaum über eigene Einstellungen und Gefühle berichten. Seine persönlichen Ressourcen zur Bewältigung alltäglicher Probleme und krisenhaften Situationen seien deutlich gering (S. 4).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit Beginn der ambulanten Behandlung eine 100%ige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit als Bauarbeiter. Einfachste Tätigkeiten ohne Zeit- und Termindruck, ohne Publikumsverkehr sowie ohne Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen erschienen medizinisch-theoretisch in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre im Rahmen einer Eingliederungsmassnahme zunächst zu 30 bis 40 % möglich. 4. 4.1

Was die somatischen Beschwerden betrifft (E. 3.10.1-4), sind diese gemäss MEDAS-Gutachtern insoweit abgeheilt, als dass das Kniegelenk funktionell als normal und unauffällig zu bezeichnen und objektivierbar in gutem Zustand ist. Zurückgeblieben ist eine schonungsbedingte Umfangsdifferenz an Ober- und Unterschenkel, jedoch bestehen keine klinischen Anzeichen einer Arthrose, kein Erguss, keine Deformation und keine objektivierbaren Bewegungseinschränkungen. Bezüglich der angegebenen Nacken-, Schulter-, Arm-, Kopf- und Lendenwirbelsäulen- sowie Grosszehenschmerzen rechts fand der rheumatologische Gutachter keine entsprechenden objektivierbaren Befunde oder Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik, weshalb diese im Rahmen einer anhaltenden

Schmerzstörung und überlastungsbedingt bei Schonung des linken Beines im Drehen gesehen wurden.

Dementsprechend attestierten die MEDAS-Gutachter dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht in leichten bis mittelschweren, angepassten Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung erscheint nachvollziehbar und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten. 4.2

Der psychiatrische Gutachter (E. 3.10.5) diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) bei Akzentuierung von Persönlichkeitszügen bei soziokulturellem Hintergrund und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (E. 3.10.6-7). Davon wich die Beschwerdegegnerin insoweit ab, als sie eine Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit als nicht ausgewiesen erachtete (vgl. Urk. 2 S. 2) . 4.3

Auch in Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens gilt unverändert, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_648/2017 E. 2.3.1 und E. 3.2.4.1, mit Hinweisen).

Zur Schwere der Gesundheitsschädigung führte der Gutachter aus, dass das Beschwerdebild insofern komplex sei, als sich eine psychiatrische Diagnose im engeren Sinne mit dem Migrationshintergrund und der innerfamiliären Rolle, die der Beschwerdeführer sich selber zuteile, vermische. Unmittelbar nach dem Unfallereignis habe sich im linken Knie ein Dauerschmerz dumpfer Art, begleitet von intensivem Zittern, entwickelt. Diese Feststellung kann sich nur auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beziehen, wird doch in den medizinischen Akten ein anderes Bild beschrieben: Nach dem ersten Rehabilitationsaufenthalt wurden im Austrittsbericht der O.____

(Urk.

E. 3.2

Dr. med. B.____, Oberarzt der Unfallchirurgie am C.____, stellte im Bericht vom 16. Mai 2013 (Urk. 8/15) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff.

E. 3.3

Im Austrittsbericht vom 14. September 2015 (Urk. 8/64) stellten Oberarzt Dr. med. D.____ und Assistenzärztin Dr. med. E.____, F.____,

die folgenden Diagnosen (S. 1 f.): - symptomatische Gonarthrose links mit/bei - Status nach lateraler Tibiaplateau -Impressionsfraktur links nach Unfall am 8. Mai 2012 - Status nach Entfernung des

Osteosynthesematerials

Tibiaplateau links am 10. September 2013 - Hypästhesie am Narbenbezirk Knie links lateral bei Läsion des Nervus

cutaneus

surae

lateralis links - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom rechts mit/bei - Schon- und Fehlhaltung mit hinkendem Gangbild im Rahmen Diag nose 1 - Haltungsinsuffizienz - Insertionstendinosen Beckenkamm rechts - chronisches cervicoceph a les Schmerzsyndrom - segmentale Dysfunktion der Halswirbelsäule (HWS) - Fehlhaltung und Haltungsinsuffizienz - chronische intermittierende Polyarthralgien - DD chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom - degenerativer Umbau retropatellär links, Fibroostose an der Tuberositas

tibia beidseits und Fersen komplett bilateral - chronische Unterbauchschmerzen rechts - Statu s nach direkten Inguinalhernien beidseits mit TEP - arterielle Hypertonie - depressive Störung - Anpassungsstörung (F43.2) - rezidivierende Panikattacken - Verdacht auf diskretes postenzephalitisches Syndrom - Status nach Herpes Meningoencephalitis

In der Zusammenschau der Befunde seien die Beschwerden rechts lumbal als sekundäre Fehlbelastung bei Schonhaltung und Fehlhaltung durch das hinkende Gangbild bei Kniebeschwerden links zu sehen. Eine zusätzlich aktivierte Facet tengelenksarthrose sei nicht auszuschliessen. Die Kniebeschwerden links seien auf die posttraumatischen degenerativen Veränderungen mit lateralem Knorpeldefekt zurückzuführen. Hinweise für eine lumboradikuläre Genese gebe es keine (S . 2 Mitte).

Gemäss psychiatrischer Beurteilung bestehe eine Anpassungsstörung. Während der Hospitalisierung seien immer wieder Panikattacken aufgetreten (S . 3 oben).

Eine Tätigkeit im angestammten Beruf als Bauarbeiter sei dauerhaft nicht mehr möglich (S. 3 unten).

E. 3.4

Oberarzt Dr. med. G.____ und Assistenzarzt Dr. med. H.____ der

Orthopädie an der

I.____ nannten im Bericht vom 20. November 2015 (Urk. 8/68) Knieschmerzen links betont lateral bei einer Chondro pathie Grad III laterales Kompartiment Knie links (S. 1).

E. 3.6

Am 26. Mai 2014 erstatteten Prof. Dr. med. K.____ , Facharzt für Neurologie, und Med. pract . L.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

das im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstellte psychiatrische Gutachten (Urk. 8/32) . Sie führten unter anderem aus, die Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Symptomatik, deren Ausprägung und Alltagsrelevanz seien auffallend ausweichend, vage und widersprüchlich geblieben, so dass auch eine bewusst seinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden zu mindest ebenso gut wahrscheinlich wie eine psychische Störung sei. Das Vorliegen einer namhaften psychiatrischen Erkrankung könne nicht mit der gebotenen überwiegenden Wahrscheinlichkeit diagnostiziert werden (S. 10). Es best ü nden insbesondere keine schlüssige Minderung des Antriebs, keine schlüssigen Einschränkungen der mnestischen und kognitiven Funktionen, keine erhöhte Ermüdbarkeit und kein relevantes Vermeidungsverhalten (S. 12 Ziff. 6).

Es ergäben sich keine Hinweise auf eine verminderte Zumutbarkeit für die sofortige Aufnahme einer vollschichtigen Arbeit (Pensum und Rendement 100 %). Die Wiederaufnahme einer Arbeit sei aus psychiatrischer Sicht vielmehr eher wünschenswert (S. 13 Ziff. 7). Es bestünden deutliche Hinweise auf eine demonstrative Darbietung von

Einschränkungen und Beschwerden (S. 13 Ziff. 8).

E. 3.7

Am 21. Juli 2014 (Urk.

E. 3.8

Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 14. April 2014 (richtig wohl: 2015; Urk. 8/50) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.2) bei/mit komplexer psychosozialer Belastungssituation - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) bei Chondropathie Grad III laterales Kompartiment Knie links - andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80)

Aufgrund der raschen Ermüdbarkeit, der Antriebsstörung, der psychomotorischen Störung, der verminderten Stresstoleranz und der kognitiven Einschränkung sowie der chronischen Schmerzen bestehe bis auf weiteres eine 100%ige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Bauarbeiter (S. 4).

E. 3.9

Vom 11. Dezember 2015 bis 11. März 2016 befand sich der Beschwerdeführer in teilstationärer Behandlung in der Tagesklinik der N.____. Deren Ärzte diagnostizierten im Bericht vom 4. April 2016 (Urk. 8/71) eine mittelgradige depressive Episode (F32.19) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) bei Chondropathie Grad III laterales Kompartiment Knie links, eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80), differenzialdiagnostisch eine organisch bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensstörung bei Verdacht auf diskretes postenzephalitisches Syndrom sowie einen Status nach Herpes Meningoenzephalitis (S. 1 f Ziff. 1.1).

In Anlehnung an das Mini ICF bestünden schwere Einschränkungen in allen Bereichen: Anpassung an Regeln und Routinen, Spontan-Aktivitäten, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, familiäre beziehungsweise intime Beziehungen, Selbstpflege, Verkehrsfähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen und Selbstbehauptungsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar und in absehbarer Zukunft sei auch keine behinderungsangepasste Tätigkeit denk- und zumutbar (S. 4).

E. 3.10

.7

Nach entsprechender gerichtlicher Aufforderung (vgl. Urk. 9) ergänzte der psychiatrische Gutachter am 7. November 2017 seine Beurteilung dahingehend (Urk. 13), dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall schmerzfrei gewesen sei. Unmittelbar nach dem Ereignis sei im linken Knie ein Dauerschmerz dumpfer Art, begleitet von intensivem Zittern aufgetreten. Früh morgens zittere er mehr als am Nachmittag und bei aktiven Bewegungen lasse das Zittern nach. Von Beginn weg habe es sich um einen Dauerschmerz gehandelt, der anfänglich auf das linke Knie beschränkt geblieben sei und sich dann ausgebreitet habe. Zuerst hätten auch die Arme gezittert und Schmerzen hätten sich dann

vor allem im Bereich der linken Körperhälfte eingestellt, am linken Arm mehr als rechts und vor allem auch im Nacken. Es gebe keine schmerzfreien Intervalle, aber die Intensität wandere im ganzen Körper. Er sei überzeugt, dass die Schmerzen Gehirnfunktionen beeinträchtigten.

Der Beschwerdeführer habe das Leiden unter dem Schmerz gut veranschaulichen können. Die Schmerzen verhinderten eine aktive Gestaltung des Alltags. Schmerzgeplagt könne er nicht einmal im Haushalt mithelfen und Einkäufe seien dadurch unmöglich. Die Alltagsaktivitäten stünden ganz unter dem Zeichen des Schmerzes. Der Beschwerdeführer habe bekräftigt, dass er ohne Schmerzen arbeiten würde (Ziff. 1).

Gemäss den Akten habe sich der Krankheitsverlauf anfänglich nicht so ungünstig dargestellt. In der O. ___ sei er gemäss Bericht vom 12. (richtig: 22.) Oktober 2012 (Urk. 8/4/61-67) sehr zufrieden gewesen und die Mobilität hätte sich gemäss den Beschreibungen deutlich verbessert. Im Rahmen des nachfolgenden Aufenthalts (vgl. Urk. 8/18/90-97 S. 3 Mitte) sei festgehalten worden, dass die beklagten Beschwerden im Ausmass nicht vollständig erklärt werden könnten und ambulante Rehabilitationsmassnahmen hätten gemäss Akten keine nachhaltige Wirkung gezeigt (Ziff. 2).

Nach dem eigenen Krankheitskonzept sei der Beschwerdeführer überzeugt, nie mehr arbeiten zu können. Nach der langen Dauer der Abstinenz vom Arbeitsplatz werde die Wahrscheinlichkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsmarkt immer kleiner und es würde überraschen, wenn der Beschwerdeführer jemals wieder Lohnarbeit zu leisten vermöchte. Im Zusammenhang mit dem Gutachten sei die Frage ausschlaggebend, ob dafür IV-fremde oder IV-relevante Aspekte wichtig seien. Er (der Gutachter) sei zu einer iv-relevanten Arbeitsunfähigkeit von 50% gekommen. Bei dieser Einschätzung handle es sich klar um eine Ermessensfrage (Ziff. 3).

E. 3.11

Dr. med. P. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nahm am 14. Februar 2017 Stellung zum psychiatrischen Teil des MEDAS-Gutachtens (Feststellungsblatt vom 12. April 2017, Urk. 8/98 S. 9). Er kam zum Schluss, dass der psychiatrische Gutachter zwar Inkonsistenzen vermerkt habe, zu diesen je doch nicht plausibel und schlüssig Stellung genommen habe. Er habe auch nicht schlüssig und plausibel dargelegt, weshalb auch in angepasster Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehen sollte. Abgesehen davon könne auf das Gutachten abgestellt werden.

E. 5

Med. pract. J. ___ diagnostizierte im Bericht vom 20. März 2014 (Urk. 8/39) eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) und chronische Schmerzzustände nach Tibiaplateau -Impressionsfraktur mit protrahiertem Verlauf, die durch die depressive Störung verstärkt worden seien (F45.4 ; S. 2 unten).

Seit Ausbruch der Krankheit habe sich der Zustand kaum verbessert. Die Prognose sei vor dem Hintergrund der depressiven Symptome kombiniert mit Migrationshintergrund und Desintegration in die Gesellschaft im Sinne eines Entwurzelungssyndroms als ungünstig zu betrachten. Eine psychische Stabilisierung sei am ehesten bei Besserung der Knieschmerzen zu erwarten. Aktuell sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 3 oben).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging von einem Valideneinkommen von Fr. 69'420.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 62'769.-- aus. Während das herangezogene Valideneinkommen den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin entspricht (vgl. Urk. 8/13 S. 2 Ziff. 2.10) und zu keinen Beanstandungen Anlass gibt, wäre die Beschwerdegegnerin gehalten gewesen, bei der Festsetzung des Invalideneinkommens die Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) 2012 heranzuziehen.

E. 5.2

Das durchschnittliche Einkommen für Männer im untersten Kompetenzniveau betrug im Jahr 2012 Fr. 5'210.-- (LSE 2012 TA1). Unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (BSF, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) und der Entwicklung der Nominallöhne der Männer von 126.7 Punkten im Jahr 2012 und 127.6 Punkten im Jahr 2013 (BFS, Nominallohnindex 2011-2017) ergibt dies ein hypothetisches Jahreseinkommen von Fr. 65'640.-- im Jahr 2013, welches leicht über dem von der Beschwerdegegnerin angenommenen liegt. Selbst unter Anrechnung eines höchstmöglichen Tabellenlohnabzuges von 25 % (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc) entstünde kein Rentenanspruch. 6.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 7.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, 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 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Beat Wachter - 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 Tiefenbacher

E. 8

/50 S. 2 oben). Intensives Zittern wurde erstmals im MEDAS-Gutachten erwähnt. Seit Ende des erstmaligen Aufenthalts in der O. ___ konnte der Beschwerdeführer ohne Stöcke gehen, zur gutachterlichen Untersuchung stützte er sich auf einen Stock, was aufgrund der somatischen Befunde grundlos war.

Zur Schmerzintensität ist dem Gutachten lediglich zu entnehmen, dass diese wann und wo es keine schmerzfreien Intervalle gebe (E. 3.10.7). Weder wurde ein Wert auf der Schmerzskala erfragt, noch finden sich Angaben, wo der Beschwerdeführer Schmerzen welcher Art empfindet. Beobachtungen, welche

die Feststellung des Gutachters, der Beschwerdeführer habe das Leiden unter dem Schmerz gut veranschaulichen können, nachvollziehbar machen würden, wurden nicht beschrieben. Der Gutachter ging weder auf das inkonsistente Verhalten anlässlich der Untersuchung beim Rheumatologen und dem Neurologen noch auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer mit einem Stock zur Untersuchung kam, ohne dass es dafür eine medizinische Erklärung gibt, ein. Die offensichtlich inadäquate Bekleidung mit langen Unterhosen, Wolljacke und Mantel bei hochsommerlichen Temperaturen wurde vom Gutachter zwar als eindrucklich, nicht jedoch als aufgrund der psychischen Störung plausibel beschrieben.

Den Komplex Persönlichkeit betreffend erwähnte der psychiatrische Gutachter eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen auf soziokulturellem Hintergrund. Der Beschwerdeführer könne die Bedeutung der eigenen Anstrengungen beim Genesungsprozess nicht gelten lassen und erhoffe in einer passiven Erwartungshaltung die Heilung, was dazu führe, dass er sich nie mit dem Gedanken einer beruflichen Neuausrichtung befassen könne. Diese Feststellung steht im Widerspruch zur motivierten Teilnahme an den Therapien, dem positiven Verhalten bezüglich Rehabilitation in der O. ___ (vgl. Urk. 8/4/61-67 S. 3) und zu seiner Gewohnheit, zu Fuss zur Therapie zu gehen, um die Durchblutung zu fördern (vgl. Urk. 8/4/1).

Was den sozialen Kontext betrifft, kann dem Gutachten nur wenig entnommen werden: Der Beschwerdeführer immigrierte

1988 mit geringer Schulbildung und praktisch als Analphabet in die Schweiz und es wurde ihm der Flüchtlingsstatus zuerkannt. Trotz Analphabetismus war er indessen in der Lage, schon kurz nach der Einreise in die Schweiz eine Stelle anzutreten, aufgrund seiner Erfahrung den Status B (gelernter Bauarbeiter, vgl. Urk. 8/4/54) zu erlangen und die Arbeitsstelle von Dezember 1989 bis zum Unfall im Mai 2012 ohne Unterbruch zu halten (vgl. Urk. 8/7). Angesichts dieser Erwerbsbiographie auf mangelnde persönliche Ressourcen zu schliessen, ist nicht nachvollziehbar.

Schliesslich bleibt anzumerken, dass der Psychiater abgesehen von der erfolgten Prozentangabe nicht darlegt, inwiefern der Beschwerdeführer in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

Zusammenfassend sind von den psychosozialen und soziokulturellen Faktoren psychiatrisch unterscheidbare Befunde aus den Akten nicht erkennbar. Damit genügt die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit den normativen Rahmenbedingungen nicht, weshalb eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychische Störung nicht ausgewiesen ist. Da die materielle Beweislast für das Vorliegen eines versicherten

Gesundheitsschadens der Beschwerdeführer trägt, (vgl. etwa BGE 142 V

106 E. 4.4) ist die diagnostizierte chronische Schmerzstörung nicht zu berücksichtigen. 4.4

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 5.

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