

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00786 vom 29. Januar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00786

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00786 du 29 janvier 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00786 del 29 gennaio 2021

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert und tritt die Verwaltung später auf eine Neuanschuldung ein, sind bei der materiellen An spruchsprüfung die Revisionsregeln analog anwendbar (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_496/2018 vom 2 1. November 2018 E . 4.1) . Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wes entliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheits zu standes revidierbar. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kon text unbeachtlich.

Liegt in diesem Sinn ein Revisionsgrund vor, ist der Renten anspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere

Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog, gemäss Gutachten der MEDAS A.____ sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Office in der Zentrale, in der er nahezu gleich viel wie als Gefängniswärter verdiene, zu 80 % arbeitsfähig. Eine radikuläre Reiz- bzw. Ausfallsymptomatik sei bildgebend nicht nachge wie sen , ebenso wenig eine Unzumutbarkeit der Tätigkeit im Office aus psychia tri scher Sicht begründet. Massgebend sei der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer hielt indessen gestützt auf Stellungnahmen der Behandler dafür, er sei in einer adaptierten Tätigkeit aufgrund einer Diskushernie mit Ver lagerung der Nervenwurzel L5, einer eingeschränkten Lungenfunktion mit ver minderter Konzentrationsfähigkeit und eine r gegenüber psychosozialen Faktoren verselbständigten psychischen Störung höchstens zu 50 % arbeitsfähig und monierte verschiedene Gutachtensmängel .

Er ergänzte, dass sich die gesundheit lichen E inschränkungen nicht zeitgleich bemerkbar machen würden und auch in rein sitzenden Tätigkeiten Stehen und Gehen für das Herbeischaffen / Stapeln von Verarbeitungsmaterial nötig sei en (Urk. 1 S. 4-6).

Eine Rückkehr in die Gefängnisverwaltung sei nicht möglich und für eine ver gleichbare Stelle in der Verwaltung fehle ihm die Ausbildung. Für das Inva lideneinkommen sei daher auf den Tabellenlohn für Hilfs arbeiten abzustellen und für seine Beschwerden und das Teilzeitpensum ein leidensbedingter Abzug von 10 % zu gewähren (Urk. 1 S. 6 f.). Angesichts eines Invaliditätsgrades von min destens 55 %

selbst unter Berücksichtigung des Gutachtens bestehe nicht nur An spruch auf mindestens eine halbe Rente, sondern auch auf berufliche Massnah men. Nach vierjähriger Abwesenheit vom Arbeitsmarkt müsse zunächst in einem Arbeitstraining die Belastbarkeit evaluiert und gesteigert werden, alsdann sei eine Umschulung, et wa zum Sozialarbeiter einer Gemeinde, zu prüfen. Er st dann sei die Arbeitsfähigkeit verwertbar (Urk. 1 S. 7 f.). 3.

3.1

Die Beschwerdegegnerin hat

d ie Neuanmeldung des Beschwerdeführers materiell geprüft. Keinen Anlass zu Diskussionen gab hierbei die in analo ger Anwendung der für die Rentenrevision geltenden Regeln vorausgesetzte

wesentliche Ände rung in den tatsächlichen Verhältnissen. Dem ist zu folgen. Zwischen der l etzte n , auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruhende n , rechtskräftige n Verfügung vom 1 8. Februar 2011 (Urk. 5/36) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung am 4. Oktober 2019 (Urk. 2) sind nach einhelliger Auffassung der Ärzte

eine kombinierte obstruktive und restriktive Ventilationsstörung sowie Rücken beschwerden zu den ursprünglich beurteilten Fussbeschwerden hinzuge treten , welche die körperliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers massgeblich

einschränken . Neu besteht deshalb eine volle Arbeitsunfähigkeit in der zuvor ausgeübten Tätigkeit als Aufseher/Betreuer im Gefängnis (vor allem

Urk. 5/58/12, 5/203-20 4, 5/174/101 und 5/174/133) .

Damit ist der Rentenanspruch allseitig, ohne Bindung an frühere Einschätzungen neu zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin stellte hierfür vollumfänglich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS A.____ vom 5. November 2018 ab, während der Beschwerdeführer dessen Beweiswert anhand von Stellungnahmen der be handelnden Fachärzte in Frage stellte. 3.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist dabei entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anam nese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammen hänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 3.3

Ergänzend gilt es i n Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen a uf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungs - und Begutachtungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Admini strativ gut achten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelan gen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung auf drängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein sub jektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutach tung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bun desgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, unter anderem auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 4.

4.1

Dem

Gutachten der MEDAS A.____

vom 5. November 2018 sind folgende Diag nosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 5/174/7 f.) :

(1)

Restbeschwerden linker Fuss bei/mit: - Status nach Debridement

Peroneus - brevis -Sehne, Transfer Peroneus -longus auf Basis Metatarsale 5 und Extensions-Osteotomie Metatarsale 1 vom 2 7. Mai 2009 bei Ruptur der Peroneus - brevis -Sehne bei Hohl fusskonfiguration - Status nach valgisierender und lateralisierender

Calcaneus -Osteotomie und Extensions-Osteotomie Metatarsale

1 vom 2 7. November 2009 bei Rückfussvarus bei Hohlfusskonfiguration - Status nach Metallentfernung vom 2 5. März 2010 bei störendem Oste o synthe s ematerial Fer s e und Metatarsale 1 - Status nach komplexem regionalem Schmerzsyndrom (CRPS) -

Haglundexostose und Silverskjöld

Exostose

(2)

Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit: - Status nach mikrochirurgischer Dekompressionslaminotomie L4/5 links, Sequesterektomie vom 18. Januar 2017 mit/bei schmerzhaft sensomotorischer Radikulopathie L5 links und Monoparese linkes Bein mit/bei Diskushernie L4/5 mit rezessaler Einengung der L5-Wurzel links, beginnender Osteochondrose und Facettengelenkdegeneration L5/S1, kleiner Diskushernie L5/S1 mit rezessaler Stenose beidseits sowie foraminale Stenose rechts

(3)

Kombinierte obstruktive und restriktive Ventilationsstörung: - bei Zustand nach beidseitiger segmentaler und subsegmentaler Lungenembolie - bei Phrenikusparese mit Zwerchfellhochstand rechts unklarer Genese - mit obstruktiver Ventilationsstörung, z.B. allergisches Asthma bronchiale 4.2

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter zu den funktionellen Auswirkungen im Wesentlichen fest, orthopädisch habe nach der Operation an der Lendenwirbelsäule im Januar 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von maximal sechs Monaten bestanden. Es beständen eine verminderte Rückenbelastbarkeit wie auch eine verminderte Belastbarkeit des linken Fusses. Das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 5 kg beidseits sei daher nicht mehr zumutbar, wie auch Arbeiten in Zwangsposition des Rumpfes. Rein gehende und stehende Arbeiten verbunden mit Gehen auf unebenem Gelände und in gebückter Stellung oder mit Besteigen von Leitern, Gerüsten und Treppen seien nicht mehr zumutbar.

Die Adipositas habe in ihrer aktuell geringen Ausprägung keine Auswirkungen auf die körperliche Leistungsfähigkeit, könne jedoch die Affektionen des Bewegungsapparats, vor allem diejenigen im Bereich der Beine, verstärken. Denkbar sei, dass aufgrund des Schlafapnoesyndroms vor der Gewichtsreduktion bis längstens zur Begutachtung eine leichte Beeinträchtigung tagsüber bestanden habe, die jedoch bei gemäss Aktenlage lediglich kognitiv leichten Defiziten im Bereich von 20 % anzusiedeln wäre, z.B. für kurze Schlafpausen.

Aus neurologischer Sicht bestehe zumindest in leidensangepasster Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit, ausgenommen eine Arbeitsunfähigkeit während der Monaten nach der Rückenoperation vom Januar 2017. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Einschränkungen; die Durchhaltefähigkeit erscheine durch somatische Krankheitsfaktoren begrenzt (Urk. 5/174/9).

Daraus schlussfolgerten die Gutachter, seitens des Beschwerdeführers bestehe in der Tätigkeit als Gefängniswärter keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr. In der zuletzt von ihm ausgeführten Tätigkeit in der Gefängnisverwaltung könne er rein orthopädisch vollschichtig anwesend sein. Vor allem initial bestehe aber ein erhöhter Pausenbedarf von 20 %, der mit Massnahmen zur Rekonditionierung vermutlich abgebaut werden könne. In einer Verweistätigkeit entsprechend dem Zumutbarkeitsprofil

bestehe initial ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 80 %

in folge eines erhöhten Pausenbedarfs, der möglicherweise nach stabiler Reintegration abgebaut werden könne (Urk. 5/174/11). 4. 3

Ergänzend ergibt sich aus dem orthopädischen Teilgutachten, dass der Beschwerdeführer gegenüber der begutachtenden Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates angab, die letzten eineinhalb Jahre bis März 2015 im Office in der Zentrale gearbeitet zu haben. Diese Arbeit könne er wegen Konzentrationsstörungen und Stressreaktionen momentan nicht machen. Rein orthopädisch könne er sich das wieder vorstellen, allenfalls in Teilzeit (Urk. 5/174/94).

Nach eingehendem Studium der Vorakten (Urk. 5/174/86-91 und 5/174/98

f.), detaillierter Erhebung der geklagten Beschwerden und Einschränkungen (Urk. 5/174/92

f.) sowie gestützt auf Verhaltensbeobachtungen

Urk. 5/174/95), eine klinische Untersuchung (Urk. 5/174/96

f.) und aktuelle Bilddokumente (Urk. 5/174/97

f.) kam die Gutachterin zum Schluss, dass sich zwar zu allen Beschwerden objektivierbare radiologische Befunde fänden. Das Ausmass der Beschwerden gehe jedoch über das zu erwartende Ausmass hinaus. Die Schmerzen des linken Fusses müssten somit neurologisch beurteilt werden, der verbliebene Bohrer habe nichts mit der Problematik zu tun. Dringlich angesagt sei eine Rehabilitation für das Erlernen von Coping-Strategien, wobei auch die offensichtliche Dekonditionierung behoben werden könnte (vgl. Urk. 5/174/101).

Entsprechend attestierte sie dem Beschwerdeführer in einer optimal angepassten Tätigkeit bei vollzeitlicher Präsenz momentan noch ein um 20 % vermindertes Rendement wegen vermehrten Pausenbedarfs (vgl. Urk. 5/174/102). 4.4

Dem begutachtenden Facharzt für Pneumologie schilderte der Beschwerdeführer eine erhebliche Belastungsdyspnoe und ein wiederholtes thorakales Stechen. Trotz erheblichem Gewichtsverlust sei es nicht zu einer Verbesserung der respiratorischen Situation gekommen. Ferner berichtete er über erhebliche Kreislaufdysregulationen mit Schweissausbrüchen

bei körperlicher oder seelischer Belastung, Nachtschweiss, Einschlafschwierigkeiten und Kreislaufzwischenfälle bis hin zum Kreislaufstillstand, weshalb er mehrfach Rettungsdienste hinzugezogen habe (vgl. Urk. 5/174/128).

Der Gutachter hielt fest, die Diagnostik sei erheblich erschwert. Eine Body plethysmographie bzw. Kohlenmonoxid-Transferfaktor -Untersuchung sei trotz mehrerer Versuche nicht durchführbar gewesen und die Möglichkeit einer Belastungsuntersuchung (Ergospirometrie), die eine objektive Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Anteils der pneumologischen Erkrankung hieran erlaubt hätte, habe der Beschwerdeführer von vornherein verneint (vgl. Urk. 5/174/131 f.). Dies sei schwer nachvollziehbar, sei dies vor einem halben Jahr doch noch möglich gewesen, ohne dass über kurzfristig zugenommene Beschwerden geklagt werde (vgl. Urk. 5/174/134).

Bildgebend hätten sich beidseits hochstehende Zwerchfelle gezeigt (Urk. 5/174/131). Ausweislich der gewonnenen Befunde, vorab der Ruheblutgasanalyse, liege eine befriedigende Sauerstoffsituation vor. Relevante Entsättigungen hätten auch in der

aktuellen Polysomnografie nicht festgestellt werden können (Urk. 5/174/132). Im Februar 2013 sei der Apnoe- Hypopnoe -Index (AHI) mit 55/Stunde gemessen worden, auf der Epworth

Sleepiness Scale (ESS) seien jedoch nur 9 von 24 Punkten erzielt worden, was keinen Hinweis auf eine höher gradige Tagesmüdigkeit gebe . Ebenso habe eine neuropsychologische Untersuchung im Jahr 2015 nur gerade leichte Einschränkungen belegt. Zwischenzeitlich habe der Beschwerdeführer 30 kg Gewicht abgenommen. In der nächtlichen Poly grafie (vom September 2018, vgl.

Urk. 5/174/139) sei noch ein leichtes OSAS feststellbar gewesen mit einem AHI von 9.5/Stunde und einem Sauerstoff-Ent sättigungsindex (ODI) von 2.9/Stunde, was nicht als leistungsrelevant zu werten sei (vgl. Urk. 5/174/133-135).

Zu den Berichten von Dr. med. B.____ , Fach arzt für Pneumologie, Schlafmediz in und Allgemeine Innere Medizin, hielt der Gutachter fest, die Spiroergometrie vom 2 6. April 2017 sei nach einer Belastungszeit von 14 Minuten wegen körperliche r Erschöpfung abgebrochen worden. Die maximale Leistungsfähigkeit habe bei 86 Watt gelegen. Es habe in dieser Belastungsstufe keine kardiale oder pulmonale Limitation bestanden und sei nicht zu einem Sauerstoffabfall gekommen . Die Leistungseinschränkung sei am ehesten auf muskuloskelettale Beschwerden zurückgeführt worden. Eine Indikation zur Sauerstofftherapie unter Belastung sei ausdrücklich verneint, jedoch vermerkt worden, dass der Beschwerdeführer den Sauerstoff als deutliche Besserung empfinde und dieser ihm grössere Sicherheit gebe. Gemäss Bericht vom 2 8. Dezember 2017 sei die totale Lungenkapazität mit 65 % leicht eingeschränkt gewesen . Die dynamischen Lungenvolumina mit einer Einsekunden - (FEV1) bzw. forcierte n Vitalkapazität (FVC) von 25 % bzw. 28 % des Solls seien schwerst eingeschränkt gewesen . Die Ateminvalidität habe Dr. B.____ medizinisch-theoretisch mit 60 bis 75 % bewertet und für mittelschwere bis schwere körperliche Arbeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Gemäss Telefonnotiz vom 2 2. Mai 2018 erachte er den Beschwerdeführer in einer leichten Arbeit als 100 % arbeitsfähig (vgl. Urk. 5/174/133).

Aus

pneumologischer Sicht lägen somit durchaus hochgradige Einschränkungen vor. Für die bisherige Tätigkeit im Strafvollzug sei der Beschw erdeführer voll arbeitsunfähig. Führend seien die Ausfälle in Form der körperlichen Leistungs einschränkung. Das Schlafapnoesyndrom sei deutlich gebessert und erkläre keine Einschränkung der Konzentration mehr. In einer leichten Tätigkeit, optimaler weise vorrangig im Sitzen, ergäben sich keine Einschränkungen bezüglich Präsenz- und Leistungsfähigkeit (vgl. Urk. 5/174/133 f.). Die leichte Tätigkeit sollte ohne inhalative Belastungen und ohne Wechsel zwischen kalter und warmer Atmosphäre sein. Schichtarbeit sei nicht möglich (Urk. 5/174/135). 4. 5

Der begutachtende Neurologe hielt zum linken Fuss fest, es liessen sich keine konkret umschriebenen, segmentbezogenen sensiblen oder motorischen Defizite darstellen. Beschrieben werde ein neurologisch nicht erklär bares, diffuses Stö rungs bild, das teilweise auch nicht authentisch begründbar sei. So werde etwa im direkten klinischen Untersuch eine hochgradige Parese für Fusshebung/-senkung sowie Aussen- / Innenrotation im Widerspruch zur unbemerkt beobachteten ordent lichen Funktion dargeboten. Hinweise für eine relevante Schmerzsymptomatik seien im Ausdrucksverhalten nicht erkennbar, aber

statisch belastungsabhängige Schmerzen denkbar, die orthopädisch zu beurteilen seien. Isolierte peripher neu rogene Schädigungen, vorab persistierende Folgen eines aktenkundigen, vom Be schwerdeführer aber nicht mit passenden Symptomen erinnerten CRPS, seien nicht feststellbar (vgl. Urk. 5/174/178 f.).

Im aktuellen MRI der Lendenwirbelsäule , so der Gutachter weiter, zeige sich der ehemalige Sequester in der operierten Etage L4/5 nicht mehr. Es bestehe eine leichte Degeneration der Facettengelenke beidseits, konsekutiv eine Dorsaldeviation der L5-Wurzel

links parazentral bei insgesamt hypodensem Diskus und Anulus

fibrosus -Riss posterior . In Etage S1 bestehe eine breitbasige Diskus protrusion mit leichter Kompression der S1-Wurzel rechts parazentral mit Status nach dorsaler Dekompression. Eine entsprechende radikuläre Reiz- bzw. Defizit symptomatik lasse sich daraus klinisch neurologisch nicht ableiten. Insbesondere lasse sich die Angabe der Sensibilitätsstörung am Unterschenkel und Fuss respektive die globale Lähmung am linken Fuss nicht begründen. Zudem sei im klinischen Befund die Laségue -Probe beidseits unauffällig ohne Reizsymptomatik , der Reflexstatus symmetrisch, schwach bis mittellebhaft ohne Asymmetrie (vgl. Urk. 5/174/178).

Ferner wies der Gutachter darauf hin, dass sich die Kopfschmerzen bisher nicht hätten objektivieren lassen und versicherungsmedizinisch nicht relevant seien

(vgl. dazu

Urk. 5/174/180/185).

Die neuropsychologische Untersuchung im Jahr 2018

habe zudem lediglich leichte kognitive Einschränkungen im Bereich des episodischen Gedächtnisses und der Exekutivfunktionen gezeigt. Beobachtet worden sei ein verlangsamtes Arbeitstempo und gemäss Selbsteinschätzung habe eine leichte Depressionsneigung bestanden. Insgesamt seien damals also nur unspezifische Befunde feststellbar gewesen. Auch aktuell würde sich keine signifikante Beeinträchtigung zeigen , vielmehr bestünden bei pathologischem Rey-Memory-Test mit Darstellung einer nichtauthentischen kognitiven Minderung Hinweise auf eine Befundinkonsistenz

(vgl. Urk. 5/174/180).

Im Übrigen teilte der Neurologe die Überlegungen des Pneumologen . Zusätzlich erläuterte er, aktenkundig gleichbleibend ohne Veränderung werde eine Phrenikusparese mit entsprechendem Zwerchfellhochstand rechts beschrieben und als ohne klare Ursache bewertet. Der Befund der MR Neurographie sei unauffällig im Sinne eines fehlenden Hinweises für eine tumorbedingte Nervenkompression gewesen. Eine Progredienz sei nicht ableitbar (vgl. Urk. 5/174/179). Mit

E. 5

/ 104/6). Im Juni 2017 diagnostizierte man bei ihm eine Präsynkope, am ehesten im Sinne einer

vasovagalen Synkope im Rahmen körperlicher Dekonditionierung (Urk. 5/117/ 8-11) .
Es

folgten im Herbst 2017 eine Magenbypass-Operation mit Revision der Anas tomose und Wundinfektion

sowie eine

Cholezystektomie

(Urk. 5/135/4 f.) .

Im Übrigen hatte der Versicherte inzwischen eine ambulante psychiatrische Behandlung in der Klinik Z.____ aufgenommen (Urk. 5/11; ferner 5/76/6).

Gestützt auf eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD, Urk. 5/130/8-11) kündigte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23.

August 2017 an, den Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 36 % zu verneinen (Urk. 5/120). Dagegen liess er unter Beilage diverser Arztberichte (Urk. 5/126, 5/133 , 5/135/4 f.) Einwand erheben (Urk. 5/127, Ergänzung

Urk. 5/134) . Die IV-Stelle holte neue Berichte bei den behandelnden Ärzten ein (Urk. 5/137 und 5/141/4 f.) . Sodann ordnete sie ein internistisches, orthopädisches und pneumologisches Gutachten bei der MEDAS A.____

an (Urk. 5/159), die zusätzlich eine psychiatrische und neurologische Begutachtung als notwendig erachtete (Urk. 5/162). Das Gutachten wurde am 5. November 2018 erstattet (Urk. 5/174). Mit neuem Vorbescheid vom 26. November 2018 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten wiederum die Verneinung eines Leistungsanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung an (Urk. 5/181), wogegen er erneut Einwand erhob (Urk. 5/190; Begründung Urk. 5/206) und Stellungnahmen seiner Ärzte einreichte (Urk. 5/203 ff.). Dazu äusserten sich die Gutachter auf Rückfrage der IV-Stelle (Urk. 5/2008) am 28. August 2019 (Urk. 5/212). Die Stellungnahme des Versicherten hierzu , der auch eine ärztliche Stellungnahme beilag (Urk. 5/216), datiert vom 27. September 2018 (Urk. 5/215). Nach erneuter Konsultation des RAD (Urk. 5/217) verfügte die IV-Stelle am 4. Oktober 2019 wie angekündigt (Urk. 2). 2.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Strehler, mit Eingabe vom 4. November 2019 Beschwerde (Urk. 1) . Darin beantragte er, es sei ihm eine ganze, mindestens aber eine halbe Invalidenrente zu zusprechen und es seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren (Urk. 1 S. 2); unter Kosten und Entschädigungsfolgen zulasten der IV-Stelle (Urk. 1 S. 3). Diese schloss in der Beschwerdeantwort vom 11. Dezember 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4). Die Beschwerdeantwort wurde dem Versicherten mit Verfügung vom 16. Dezember 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS A.____ erfüllt somit die vom Bundesgericht postulierten beweisrechtlichen Anforderungen.

Die Vorakten, zu denen keine relevanten Diskrepanzen bestanden, wurden eingehend gewürdigt . Die umfassenden klinischen Untersuchungen wurden durch Zusatzabklärungen ergänzt , soweit diese erforderlich waren und vom Beschwerdeführer toleriert wurden

(Röntgenbilder, Bestimmung des Medikamentenspiegels und neuropsychologischer Test), wobei letzteres

auf die aussagekräftigen Standardverfahren der pneumologischen Diagnostik (Bodyplethysmographie bzw. Kohlenmonoxid-Transferfaktor-Untersuchung, Ergospirometrie) nicht zutraf.

Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden wurden dabei stets sorgfältig erhoben und nach einer Plausibilitätsprüfung

in allen Teilgutachten einleuchtend

als nur teilweise erklärbar beurteilt. Nachdem sich die subjektive Beschwerdeklage als unzuverlässig erwies, begründeten die Gutachter ihre Überlegungen und Schlussfolgerungen detailliert und nachvollziehbar

medizinisch-theoretisch auf der Grundlage der

vorhandenen objektiven Befunde. Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers, gestützt auf die zum Gutachten v erfassten Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, daran nichts zu ändern.

E. 5.2.1

Der Beschwerdeführer berief sich zunächst auf den Bericht von Dr. med. C.____ (Urk. 1 S. 4 f.), der unter anderem über einen Facharzt titel für Rheumatologie verfügt, vom 28. März 2019. Diesem erschien aufgrund der «doch Dermatome bezogene Schmerzausstrahlung» sowie der bildgebend medio-linkslateralen Diskushernie mit auch Verlagerung der Nervenwurzel L5 links eine lumboradikuläre Reizsymptomatik durchaus «wahrscheinlicher». Er räumte allerdings ein, dass bei erschwerter neurologischer Untersuchung nicht mit eindeutiger Sicherheit eine sensomotorische Ausfallsymptomatik festgehalten werden könne und schlug eine weitere Untersuchung vor (vgl. Urk. 5/203).

E. 5.2.2

Der erwähnte Bildbefund wurde bei der aktuellen Begutachtung berücksichtigt. Die abweichende Beurteilung stützt sich somit allein auf einen nach eigenen Angaben unter erschwerten Bedingungen erhobenen klinischen Befund, dem angesichts des gesamten Verhaltens des Beschwerdeführers, insbesondere der in der neurologischen Begutachtung aufgezeigten Inkonsistenzen, und der Tatsache, dass sich in der gutachterlichen Untersuchung explizit keine segmentbezogenen Defizite eruieren liessen, keine Bedeutung beizumessen ist.

E. 5.2.3

Sodann konstatierte Dr. C.____ zu m

gutachtlichen Zumutbarkeitsprofil, man könne «höchstens» aufführen, dass keine zeitlichen Angaben zu den entsprechenden funktionellen Einschränkungen aufgeführt würden. So gehe er davon aus, gehende und stehende Arbeiten seien verteilt über den ganzen Arbeitstag maximal während zwei bis drei, sitzende Tätigkeiten während vier Stunden zumutbar (vgl. Urk. 8/203).

Daraus resultiert

bei einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden eine Arbeitsunfähigkeit in leichten wechselnden Lasten, mehrheitlich sitzenden Tätigkeiten von 16 bis 28 %. Dies deckt sich mit der von der Beschwerdegegnerin berücksichtigten aktuellen Einschätzung der Gutachter, wonach aufgrund der Dekonditionierung vorerst auch in einer leichten, optimalerweise vorrangig sitzenden Tätigkeit ein erhöhter Pausenbedarf im Rahmen von 20 % besteht.

Dazu äussert sich Dr. C. ___ nicht, wie er auch die gesamte Aufteilung nicht konkret begründete oder explizit in einen Kontext mit dem Wirbelsäulenleiden stellte.

E. 5.2.4

In der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 28. August 2019 wurde eine dauerhafte Einschränkung unter Hinweis auf die in der orthopädischen und neurologischen Begutachtung erhobenen Befunde zusammen mit der radikulären Reizsymptomatik somit zu Recht

verworfen (Urk. 5/212).

E. 5.3.1

Weiter monierte der Beschwerdeführer, dass sich die hinsichtlich der Tätigkeit als Gefängniswärter anerkannte Einschränkung der Konzentration gemäss Gutachten

in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit nicht auswirken soll. Darüber hinaus machte er geltend, Dr. B. ___ bewerte die Ateminvalidität in seinem Bericht vom 1. April 2019 mit 75 % und erachte ihn auch in einer rein sitzenden Tätigkeit in reduziertem Mass zu 30 bis 50 % arbeitsfähig (Urk. 1 S. 5).

E. 5.3.2

Wie der begutachtende Pneumologe erläuterte, sind die Ausfälle in Form der körperlichen Leistungseinschränkung bezüglich der Arbeitsunfähigkeit als Gefängniswärter führend. Der begutachtende Neurologe betonte, dass im klinischen Eindruck trotz dreistündiger Untersuchung bis 18 Uhr keine erkennbare Tagesmüdigkeit festgestellt werden können und in der Somnografie keine Schlafstörung dokumentiert sei. Beide

Gutachter beschrieben sodann das Schlafapnoesyndrom nach der Gewichtsreduktion als deutlich gebessert und verwiesen ergänzend auf den im Jahr 2013 auf der ESS erzielten Wert von nur 9 Punkten, die in der neuropsychologischen Untersuchung im Jahr 2015 festgestellten lediglich leichten kognitiven Einschränkungen sowie die Zweifel am Ausprägungsgrad der geklagten Beschwerden aufgrund der nachweisbaren Inkonsistenzen (vgl. Urk. 5/174/134 und 5/174/179-181).

Ihre Schlussfolgerung, dass im Rahmen der thematisierten Tagesmüdigkeit bzw. eingeschränkten Kognition in einer körperlich leichten, überwiegend sitzenden (vgl. Urk. 5/174/183 und 5/174/135) Tätigkeit, die also keine Dyspnoe auslöst, selbst vor der Gewichtsreduktion nur « allenfalls »

eine Leistungsverminderung bestand, die zudem höchstens 10 bis 20 % betrug (z.B. für Power-Naps),

leuchtet somit

durchaus ein

(vgl. Urk. 5/174/135 und 7/174/182 f.),

E. 5.3.3

Zur Begründung der vom Beschwerdeführer zutreffend wiedergegebenen Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. B.____

vom 1. April 2019 verwies jener

auf seine Berichte vom 28. Dezember 2017 und 30. Mai 2018 (Urk. 5/204). Der erste Bericht war den Gutachtern bekannt. Da darin die Ateminvalidität bereits mit « bis zu 75 % » bewertet wurde (Urk. 5/133/3), lässt der aktuelle Bericht

nicht auf eine seither eingetretene wesentliche Verschlechterung der Lungenfunktion schliessen. Die

Diagnosen sind in der Hauptsache ebenfalls unverändert; nicht mehr erwähnt werden im jüngeren Bericht die Adipositas sowie die periodic

limb

movement

disorder of sleep. Insofern erscheint es nicht von Belang zu sein, dass der zweite von Dr. B.____ erwähnte Bericht, soweit dieser tatsächlich existiert und er nicht ein älteren Bericht meinte, nicht aktenkundig ist.

Die Aktennotiz vom 22. Mai 2018 stellt keine beweiskräftige ärztliche Beurteilung dar. Indessen

vermag es nicht zu überzeugen, dass

Dr. B.____ bei vergleichbarer Ateminvalidität im Jahr 2017 nur für schwere und mittelschwere Arbeiten eine Arbeitsunfähigkeit attestierte, während er im Jahr 2019 zusätzlich eine massive Arbeitsunfähigkeit sogar in rein sitzenden Tätigkeiten feststellt. Unter diesen Umständen wäre im älteren Bericht zumindest der Hinweis auf eine bloss teilweise Arbeitsfähigkeit in leichten Tätigkeiten zu erwarten gewesen.

Es kommt hinzu, dass Dr. B.____ die in der gutachterlichen Beurteilung im Vordergrund stehenden objektiven Befunde (aktuelle Ruheblutgaswerte und Polygrafie) nicht würdigte, soweit er hiervon überhaupt Kenntnis hatte. So nahm er explizit zur im Vorbescheid postulierten Arbeitsfähigkeit von 80 % Stellung; das Gutachten erwähnt er dem gegenüber nicht.

E. 5.3.4

Es ist deshalb der gutachterlichen Ergänzung vom 28. August 2019 zu folgen, wonach es dem Bericht von Dr. B.____

an einer neuen konkreten Argumentation und gebührenden Auseinandersetzung mit dem Gutachten fehlt und sich keine Hinweise für eine anderslautende versicherungsmedizinische Begründung ergeben (vgl. Urk. 5/212/2). Soweit die Diskrepanz nicht dem Umstand geschuldet ist, dass zwischen ärztlicher Diagnose und attestierter Arbeitsunfähigkeit auch bei somatisch dominierten Leiden keine Korrelation besteht, weshalb die medizinische Folgenabschätzung unausweichlich Ermessenszüge trägt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1), bestätigt sie die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. 3.3).

Schon

im Bericht vom 28. Dezember 2017 erachtete Dr. B.____

eine Wiederaufnahme der Arbeit als nicht möglich, obgleich er aus pneumologischer Sicht nur eine Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere und schwere Arbeiten attestierte. Dies ist als Ausfluss des Vertrauensverhältnisses mit starker Gewichtung der subjektiven Angaben zu sehen.

E. 5.4

3

Aktenkundig wurde der Beschwerdeführer erstmals am 28. Januar 2016 in der Klinik Z.____

psychiatrisch untersucht. Die Oberärztin Dr. med. D.____

diagnostizierte einzig eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2); nur fremd anamnestisch hielt sie

eine somatoforme Schmerzstörung fest. Der Beschwerdeführer berichtet ihr, dass sein Arbeitsverhältnis wohl demnächst ende, die Invalidenversicherung keine Umschulung bezahle und sein Hund gestorben sei. Die Ungewissheit, auch finanziell, belaste ihn sehr. Im psychopathologischen Befund fanden sich

nur

leicht ausgeprägte Befunde neben einem auf die unklare Situation mit dem Arbeitgeber eingeeengten formalen Denken sowie Existenz- und Todesängste (Urk. 5/76/6 f.).

Ab Februar 2017 fanden Sitzungen alle zwei bis drei Wochen statt. Im Bericht vom 10. Juli 2017, unterzeichnet von Dr. D.____ und einer Psychologin, wurde bei im Wesentlichen unverändertem Befund festgehalten, dass aufgrund der psychiatrischen Symptomatik allein keine nennenswerte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, diese aber

in der Summe mit den körperlichen Einschränkungen deutlich sei.

Eingeschränkt seien Konzentrationsfähigkeit

und Belastbarkeit (ferner

Belastungsprofil, Urk. 5/111/9). Es bestehe eine enorme Belastungssituation aufgrund der vielfältigen somatischen Beschwerden, worauf der Beschwerdeführer mit leichten bis mittelgradig depressiven Symptomen reagiere (Urk. 5/111/5 ff.).

Die fragliche Stellungnahme vom 15. Februar 2019 wurde von der Oberärztin Dr. E.____ sowie dem Assistenzarzt F.____ verfasst. Relevante neue Aspekte gegenüber den Vorberichten wurden darin nicht aufgezeigt. Dies gilt insbesondere für die seit der ersten Untersuchung geäußerten Existenz- und Todesängste, aber auch die neu gestellten Diagnosen. Die Opiatsucht wurde aufgrund einer

(nicht verifizierten) längeren Einnahme von Morphin bloss vermutet. Die chronische Schmerzstörung wie auch die akzentuierten Persönlichkeitszüge wurden nicht begründet, während die depressive Symptomatik als teilremittiert, d.h. gebessert beurteilt wurde. Dabei fehlt der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41), bei der nur ein über sechs Monate bestehender

Schmerz in mehreren anatomischen Regionen beschrieben wird, im Unterschied zu einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40), bei welcher ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund steht, auch ein Bezug zum Schweregrad (BGE 140 V 106 E. 4.2). Es fällt deshalb vorab auf, dass den Gutachter n

in der Untersuchungssituation weder Ausgleichbewegungen im Sitzen noch ein Abfall der Aufmerksamkeit auffielen (vgl. Urk. 5/174/155) .

Eine Fremdanamnese ist entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers

zwar häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich ,

insbesondere wenn die Befunde klar und einhellig sind (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_395/2016 vom 25. August 2016 E. 4.1). Demnach lässt sich die postulierte hohe Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht unbeschadet des unveränderten psychopathologischen Befundes auf die Angaben der nahestehenden Lebenspartnerin

stützen , zu denen auch nichts Näheres mitgeteilt wurde . Ausserdem geht das vom Beschwerdeführer gezeigte Verhalten über eine bloss (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung hinaus . Es waren nicht nur deutliche Inkonsistenzen im klinischen Untersuch

zu beobachten (etwa Urk. 5/174/175 f.) , sondern wichtige, vor wenigen Monaten noch durchführbare Tests waren ohne ersichtlichen Grund nicht wiederholbar

(vgl. Urk. 5/174/134) . Seine Sachverhaltsdarstellung wurde zu Recht als katastrophisierend

beschrieben, wobei auch ein sekundärer Krankheitsgewinn ersichtlich wird

(etwa Urk. 5/174/169 unten; zu Kreislaufbeschwerden: Urk. 5/174/128 und Urk. 5/174/171) . Die Selbsteinschätzung kann selbst im Vergleich zu den Beurteilungen der behandelnden Ärzte nicht mehr als ernsthaft bezeichnet werden (vgl. Urk. 5/174/115 oben und 5/174/153 oben) . Besonders fällt auch auf , dass der Beschwerdeführer das Beatmungsgerät nachts nur ungenügend nutzte, tagsüber hingegen – ohne dass dies medizinisch indiziert wäre –

demonstrativ mit Rollkoffer und Sauerstoffgerät unterwegs war (vgl. Urk. 5/174/133 und 5/174/174) . Zudem stellt der Medikamentenspiegel seine Compliance wie auch die Notwendigkeit der verordneten Medikamente in Frage (vgl. Urk. 5/174/156) . Die Argumentation der aktuellen Behandler , dass der Beschwerdeführer seine Ressourcenlage zu positiv darstelle , während er mit der nicht authentischen Symptombildung bloss seinen inneren Leidensdruck verdeutlichen wolle bzw. es sich hierbei um eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie infolge schlechter Ressourcen und Anpassungsfähigkeit handle, erscheint in sich widersprüchlich. Sie ist angesichts des äusserst auffälligen Verhaltens

auch nicht nachvollziehbar , zumal sich der Beschwerdeführer bis März 2015 in Bezug auf seine Erwerbstätigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen jahrelang durch hausanpassungsfähig zeigte, die Art und Ausprägung der von ihnen gestellten psychiatrischen Diagnosen hierfür keine reelle Erklärung bieten und die Behandler selber

keinen stationären Aufenthalt zur Erlernung der richtigen Strategien

forcierten (vgl. Urk. 5/174/170),

E. 5.4.1

In der vom Beschwerdeführer eingereichten Stellungnahme der Klinik Z.____

vom 15. Februar 2019 wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine mittelgradige depressive Episode in teilremittiertem Zustand (ICD-10: F32.1) sowie narzisstische und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD10: Z73) diagnostiziert; bei langfristiger Einnahme von MST-Continus sei ferner von einer Opiatsucht (ICD-10: F11.2) auszugehen. Bei teilremittiertem Zustand sei die Arbeitsfähigkeit noch bis 40 % gegeben. Man erwarte aber, dass eine Steigerung auf 100 % mit belastbarkeitsaufbauenden Massnahmen in einem konfliktarmen und wohlwollenden Arbeitsrahmen möglich sei. Man empfehle ein mehrmonatiges Belastbarkeits training bei gleichzeitiger Unterstützung bei der Stellensuche.

Die depressive Symptomatik sei zwar reaktiv infolge äusserer Ereignisse aufgetreten; im Verlauf habe sich aber gezeigt, dass der Beschwerdeführer sehr wohl chronifizierte, bereits vorbestehende depressive Persönlichkeitsmerkmale aufweise. Die realen Existenzängste und die irrealen Angst vor Erstickung seien im Gutachten nicht ausreichend berücksichtigt worden. Der Beschwerdeführer sei schambesetzt, verschweige bzw. überspiele seine Schwächegefühle und stelle seine Fähigkeiten positiver dar, als sie in Wahrheit seien. Die Entgleisung widerlege die positive Ressourceneinschätzung des Gutachters. Die Reaktion auf die psychosozialen Belastungen mit sozialem Rückzug, erhöhter Erschöpfbarkeit und verstärktem Erschöpfungsgefühl, Antriebslosigkeit, Interessenverlust sowie negativer Selbst- und Fremdeinschätzung sei nicht Ausdruck von Aggravation, sondern dysfunktionale Bewältigungsstrategien bei verminderten Ressourcen und verminderter Anpassungsfähigkeit. In der vom Gutachter leider nicht erhobenen Fremdanamnese mit der Lebenspartnerin

sei klar geworden, wie stark der Beschwerdeführer eingeschränkt sei. Erst in den letzten Monaten habe er mit ihrer Hilfe sein Aktivitätsniveau wieder steigern können, wobei er momentan auch wieder sportliche Aktivitäten ausprobieren kann. Das Ausmass der Selbstablehnung und des regressiven Verhaltens, die Gefühle von Schuld und Versagen seien zu schwerwiegend für die gutachterlich gestellte schwache Z-Diagnose. Die als nicht authentisch beschriebene Symptomdarstellung sei als Versuch zu verstehen, den inneren Leidensdruck zu verdeutlichen (Urk. 5/205).

E. 5.4.2

Die Einwände beurteilte der begutachtende Psychiater

in der Stellungnahme vom 28. August 2019 als nicht hinreichend begründete Erklärungsversuche und Andersbewertung. Es erfolge keine Auseinandersetzung mit den gutachterlichen Argumenten und es würden keine Diagnosekriterien aufgezeigt. Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung widerspreche den Grundlagen der Versicherungsmedizin nicht, allenfalls bloss in groben Zügen (vgl. Urk. 5/212/2).

Die Klinik Z.____ wiederum beurteilte die Ablehnung ihrer Stellungnahme im Schreiben vom 17. September 2019 als pauschal ohne Würdigung ihrer Argumente.

Sie betonte, dass beim Beschwerdeführer bereits vor dem nun 4,5 Jahre dauernden Verfahren eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden sei. Angesichts der auch im Gutachten festgestellten Einschränkungen seien Wiedereingliederungsmassnahmen un

abdingbar (vgl. Urk. 5/2 16).

E. 5.4.4

Damit sind einerseits keine objektiven Gründe für die in Abweichung zu den früheren Berichten und zum Gutachten aktuell auf mindestens 60 % geschätzte Arbeitsunfähigkeit ersichtlich. Andererseits hat das Bundesgericht mit BGE 143 V 418 entschieden, 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).

Eine Arbeitsunfähigkeit dieses Ausmasses

könnte

anhand der Standardindikatoren - bei geringer Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (soweit überhaupt genannt) , Teilremission

trotz geringer Behandlungsintensität , grosser Unterstützung durch die Lebenspartnerin sowie der nicht authentischen Symptompräsentation

– aus juristischer Sicht nicht bestätigt werden. Anliegen der behandelnden Ärzte ist denn auch ein Aufbau der Belastbarkeit, nicht eine weitere Besserung der Symptomatik .

E. 5.5

Zusammenfassend bestehen somit keine Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten der MEDAS A.____ . In einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 5 kg beidseits, ohne Arbeiten in Zwangsposition des Rumpfes , ohne Gehen auf unebenem Gelände , ohne Arbeiten in gebückter Stellung oder mit Besteigen von Leitern, Gerüsten und Treppen ,

ohne inhalative Belastungen, ohne Wechsel zwischen kalter und warmer Atmosphäre und ohne Schichtarbeit bestand seit März 2015 eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % .

Die Gutachter hielten allerdings selbst fest, dass eine Einschränkung von höchstens 10 bzw. 20 % wegen erhöhter Tagesmüdigkeit bzw. leichter

kognitiver Beeinträchtigung in der Vergangenheit bis längstens zur Begutachtung nur allenfalls bestanden habe bzw. denkbar sei. Eine solche ist folglich nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt.

Eine Dekonditionierung stellt zudem keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts

8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 4.2 mit Hinweis auf 9C_848/2016 vom 12. Mai 2017 E. 4.2).

Die Argumentation des Beschwerdeführers, die verschiedenen Einschränkungen würden nicht ineinander aufgehen, geht somit von vornherein ins Leere. In Frage kommen vorab

vollzeitliche administrative Tätigkeiten , wie sie von ihm zuletzt

ausgeübt wurden und von ihm irgendwann in

der Zukunft in einem kleinen Teilpensum auch in Betracht gezogen werden.

6 .

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vor zukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht, wobei jedoch vom Versicherten nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht die Pflicht, die notwendigen Schritte zur Selbsteingliederung zu unternehmen, nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (vgl. erwähnendes Bundesgerichtsurteil

8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 5.2 mit diversen Hinweisen, insbesondere auf das Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2).

E. 6.2

Die tatsächliche Umsetzbarkeit des nach medizinisch-theoretischer Einschätzung beim Beschwerdeführer an sich bestehenden funktionellen Leistungsvermögens von 100 % bedingt eine Rekonditionierung, wofür er und die Klinik Z.____ ein Belastbarkeitstraining verlangen. In einem derartigen Fall ist danach zu fragen, ob die notwendigen Schritte der versicherten Person allein überantwortet werden können. Wenn die versicherte Person das prinzipiell vorhandene erwerbliche Potential jedoch aus Gründen, die mit dem Gesundheitsschaden zusammenhängen, auch bei zumutbarer Willensanstrengung nicht in eigener Verantwortung realisieren kann, muss geprüft werden, ob es zur Aktivierung der grundsätzlich gegebenen Arbeitsfähigkeit noch der Durchführung von - der Invalidenversicherung obliegenden - Eingliederungsmassnahmen bedarf. Dabei sollen, etwa im Rahmen eines Arbeitstrainings, den Folgen des Gesundheitsschadens zugehörige, nicht aus eigenem Antrieb überwindbare Defizite in erwerbsrelevanten Fertigkeiten ausgeglichen oder etwa das krankheitsbedingt verlorene Vertrauen in die physische Belastbarkeit (im Umfang der objektiven Leistungsfähigkeit) wieder aufgebaut werden (vgl. erwähntes Bundesgerichtsurteil

8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 5.3.1 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts Urteil 9C_432/2015 vom 23. September 2015 E. 5.2 mit Hinweisen).

E. 6.3

Wie aus dem rheumatologischen Teilgutachten hervor geht, könnte die geforderte Rekonditionierung im Rahmen einer stationären Rehabilitation (zur Erlernung besserer Schmerzbewältigungsstrategien) erfolgen; psychische Einschränkungen sind keine ausgewiesen. Erforderlich ist gemäss Gutachten somit nicht eine spezifisch und unmittelbar auf die Eingliederung in das Erwerbsleben gerichtete Massnahme, sondern eine Behandlung der Dekonditionierung als Folge der Leiden

im Sinne einer allgemeinen Kräftigung und Stärkung der Muskulatur . Auf medizinische Massnahmen seitens der Invalidenversicherung hat der Beschwerdeführer aufgrund seines Alters keinen Anspruch (vgl. Art.

E. 6.4

Da Massnahmen der in Frage kommenden Art invalidenversicherungsrechtlich irrelevant sind, obgleich die Behandlung des Leidens an sich gewöhnlich auch einen günstigen Effekt auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat , muss die Beschwerdeführerin weder das Resultat dieser Massnahmen abwarten noch den Beschwerdeführer zur Absolvierung derselben im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG auf fordern (vgl. erwähntes Bundesgerichtsurteil

8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 5.3.2 etwa mit Hinweis auf das Urteil 8C_657/2010 vom 19. November 2010 E. 4). Es darf von der Fiktion einer sofort zumutbaren Verwertung einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen werden . 7.

7.1

Die Beschwerdeführerin kam letztlich zum Schluss, der Beschwerdeführer könne die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Zentrale weiterhin zu 80 % verrichten, wo bei er dort in etwa gleich viel verdient habe wie als Gefängniswärter (vgl. E. 2.1) . Es kann ergänzend auf die im Feststellungsblatt zum Vorbescheid vom 26. November 2018 zitierten Aktenstellen verwiesen werden (Urk. 5/180/9). 7.2

Der Beschwerdeführer wies bereits im Erstgespräch vom 28. Juli 2016 auf verschiedene Gespräche mit dem Gefängnisleiter hin. Er könne nicht nur in der Zentrale bleiben. Jeder Wärter habe Anspruch gemäss Turnus. Er sei nur als Aushilfe auf der Zentrale gewesen. Er müsse wieder zu 100 % auch als Wärter tätig sein können, sonst könne man ihn nicht weiterbeschäftigen (Urk. 5/65/3). Ein Einsatz im Justizvollzug wurde

denn auch von der Personalabteilung des Justizdepartements als eher unrealistisch beurteilt (Urk. 5/65/5). 7.3

Demnach handelte es sich von Anfang an nur um eine Übergangslösung als Springer/Aushilfe /Ferienablösung , während er noch als Aufseher/Betreuer ange stellt war. Mit anderen Worten gab es keine konkrete Arbeitsstelle , die der Beschwerdeführer bei entsprechendem Engagement oder gesundheitlicher Besse ru ng hätte behalten können. Entsprechende administrative Aufgaben bilden da bei ,

soweit ersichtlich ,

Teil der normalen Tätigkeit als Fachmann für Justizvoll zug , für di e er insgesamt als arbeitsunfähig gilt (vgl. auch Urk. 5/66/12) .

Es kann daher nicht ohne weiteres von eine r realistische n Arbeitsmöglichkeit mi t entsprechen dem Gehalt ausgegangen werden. Dagegen spricht auch die Einschätzung der Personalabteilung des Kantons .

Im Übrigen übte der Beschwerdeführer bis im Jahr 2015 einen Nebenerwerb bei der G.____ AG aus, die er im Rahmen des ursprünglich von der Be schwerdegegnerin anhand des Auszugs aus dem individuellen Konto (Urk. 5/46) errechneten Valideneinkommens von Fr. 104'440.05

(vgl. Urk. 5/119) auch geltend machte (Urk. 1 S. 6) und von der Beschwerdegegnerin weder weiter abgeklärt, noch im Rahmen der aktuellen Invaliditätsbemessung berücksichtigt wurde. So betrug der Jahreslohn als Aufseher/Betreuer im Gefängnis für das Jahr 2015 brutto Fr. 91'385.-- zuzüglich Zulagen (Urk. 5/57/2 f.). 7.4

Es kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer mit seiner kaufmännischen Grundausbildung (vgl. Urk. 5/66/9 f.) sowie der als Sachbearbeiter im Innendienst (vgl. Urk. 5/66/11) und in der Administration des Justizvollzugs (vgl. Urk. 5/174/37 ff.) gesammelten Berufserfahrung

eine Bürotätigkeit ausüben können, die über eine Hilfsarbeit im Kompetenzniveau 1 hinausgeht.

Gemäss LSE 2016, Tabelle T17, Berufsgruppe 4: Bürokräfte und verwandte Berufe, Männer von 30 bis 49 Jahren, resultiert bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden ein Invalideneinkommen

von Fr. 72'395.40

(= Fr. 5'787.-- : 40 x 41.7 x 12).

Stellt man dieses dem soweit unstrittigen Valideneinkommen von Fr. 104'440.05 gegenüber (Urk. 1 S. 6; 5/119/1), resultiert für das Jahr 2016 ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 31%. Die Aufrechnung der Nominallohnentwicklung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung bei beiden Vergleichseinkommen ändert augenscheinlich nichts daran, dass kein Rentenanspruch besteht. 7.5

Ein leidensbedingter Abzug, wie vom Beschwerdeführer gefordert (Urk. 1 S. 7), lässt sich nicht rechtfertigen, da er Vollzeit arbeiten kann und sämtlichen «leidensbedingten» Einschränkungen bereits mit dem Zumutbarkeitsprofil bzw. einer Bürotätigkeit hinreichend Rechnung getragen wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_439/2018 vom 31. Januar 2019 E. 4.3.1). 7.6

Unter diesen Umständen kann auf Abklärungen zum Nebenerwerb (Arbeitspensum, Stellenprofil, Arbeitszeiten) verzichtet werden. 8.

Mit dem angefochtenen Entscheid hat die Beschwerdegegnerin allgemein einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung aufgrund eines zu geringen Invaliditätsgrades in der angestammten Tätigkeit verneint (Urk. 2).

Der Anspruch auf Umschulung setzt voraus, dass die versicherte Person

wegen der Art und Schwere des Gesundheitsschadens im bisher ausgeübten Beruf und in den für sie ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offen stehenden zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit von etwa 20% erleidet, wobei es sich um einen blossen Richtwert handelt (BGE 124 V 108 E. 2a und b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 488 E. 4.2; AHI 2000 S. 27 E. 2b und S. 62 E. 1 je mit Hinweisen).

Nach dem vorstehend Ausgeführten können diese Voraussetzungen beim Beschwerdeführer nicht mehr ohne weiteres verneint werden. Bis anhin wurden bezüglich einer möglichen Umschulung keinerlei Abklärungen getätigt und die Vorstellungen des Beschwerdeführers sind eher vage (z.B. Sozialarbeiter einer Gemeinde), wobei seine subjektive Eingliederungsfähigkeit bisweilen fraglich erschien (etwa Urk. 5/190/1).

Nachdem nun die Frage der Arbeitsfähigkeit und Berentung allerdings geklärt sind und der Beschwerdeführer bereits im Vorbescheidverfahren einen entsprechenden Antrag gestellt hat (Urk. 5/206/6), ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die beruflichen Möglichkeiten, die Verdienstmöglichkeiten und den Eingliederungswillen des Beschwerdeführers prüft und neu über den Anspruch auf Umschulung befindet. 9.

Zusammenfassend kann auf der Grundlage des Gutachtens der MEDAS A.____ vom 5. November 2018 von einer medizinisch-theoretischen vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden, die es dem Beschwerdeführer objektiv betrachtet als zumutbar erscheinen lässt, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Anspruch auf ein vorgängiges Belastbarkeitstraining besteht weder aufgrund der Dekonditionierung, noch der längeren Abwesenheit vom Arbeitsmarkt. Indessen ist die Sache gestützt auf § 26 Abs. 1 des Gesetz es

über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen, damit diese den Anspruch auf eine Umschulung näher prüfe. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 10.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) . Sie sind

im vorliegenden Fall auf Fr. 800.-- festzusetzen und vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung zwar als Obsiegen, das auch Anspruch auf eine Prozessentschädigung gibt (BGE 137 V 57 E. 2.2). Der Beschwerdeführer obsiegt aber nur in Bezug auf den Anspruch auf Umschulung. Der hierfür angefallene Aufwand ist unter Berücksichtigung der bereits bei Erhebung der Beschwerde unbestrittenen vollen Arbeitsunfähigkeit als Gefängniswärter, des im Rahmen einer administrativen Tätigkeit anerkannten Mindestinvaliditätsgrades von 20 % sowie der gänzlich fehlenden Abklärungen auf Seiten der Beschwerdegegnerin bzw. Vorstellungen auf Seiten des Beschwerdeführers vernachlässigbar gering. Es ist deshalb auf eine Aufteilung der Gerichtskosten wie auch auf die Zusprechung einer reduzierten Prozessentschädigung zu verzichten. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 4. Oktober 2019 insoweit aufgehoben, als darin ein Anspruch auf eine Umschulung verneint wird, und die Sache wird an die IV-Stelle zurückgewiesen, damit diese den Anspruch auf Umschulung abkläre und neu darüber verfüge. Im Übrigen (Rentenanspruch, Anspruch auf ein Belastbarkeitstraining) wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Dem Beschwerdeführer wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Rudolf Strehler -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 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 Bundes
gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel
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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelBonetti

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 9

Punkten auf der E SS

habe

ein Wert etwas über Normal (0-7) und knapp vor der Tendenz zu erhöhter
Tagesschläfrigkeit (oberhalb von 10) vorgelegen. Über das Restless - Legs -Syndrom habe
der Beschwerdeführer nicht mehr berichtet, obgleich sich Rivotril im Laborbefund nicht
habe nachweisen lassen. Eine Durchschlafstörung oder ein Früherwachen seien in der
Polygrafie nicht dokumentiert (Urk. 5/174 /179). Die geklagten plötzlichen Zustände mit
Pulsverlust/-abfall und kompletter Sauerstoff - E ntsättigung seien zumindest neurologisch
nicht nachvollziehbar. Insbesondere habe sich während der gesamten Somnografie im
Nachtschlaf nur eine leichte Pulsvariabilität gezeigt; eine relevante Störung der Herz
pulstrate sei nicht aufgezeichnet worden (vgl. Urk. 5/174/181). Die

pneumologischen Folgen der intermedizinschen Diagnosen führten selbst aus Sicht von
Dr. B. ____

nicht zu einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit . Dies decke sich
mit der aktuellen Einschätzung und dem klinischen Eindruck ohne Zeichen von Müdigkeit,
ohne Ruhedyspnoe für eine zumindest sitzende Position wie in der Begutachtung, die über
drei Stunden bis ca. 18 Uhr durchgeführt worden sei (Urk. 5/174/181). Längstens bis Ende
2017 habe aufgrund der teilweise nicht optimal behandelten OSAS allenfalls eine mit ca.
10 % zu bewertende Leistungsverminderung bestanden (Urk. 5/174/182 f.). 4. 6

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde erläutert, ehemals sei die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung erwogen worden, die

auch rückblickend aufgrund der deutlichen Hinweise für eine zumindest teilweise nicht authentische Symptompräsentation in der aktuellen Begutachtung sehr fraglich erscheine. Die teilweise erheblichen Inkonsistenzen ohne erklärende primär psychische Störungssymptomatik seien in ihrer Art und Ausprägung als überwiegend wahrscheinlich bewusstseinsnah zu werten. Am ehestens sei eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen nach ICD-10: F68.0 zu kodieren. Dabei würden definitionsgemäss ursprünglich belegbare körperliche Beeinträchtigungen wegen des psychischen Zustandes aggraviert bzw. länger anhalten. Auffallend sei

auch, dass damals erst im zeitlich engeren Zusammenhang mit der angedrohten Kündigung die volle Arbeitsfähigkeit erlangt worden sei (vgl. Urk. 5/174/161).

Erst im Januar 2016, insbesondere nach Erhalt des Kündigungsschreibens, sei von der Klinik Z.____

eine zusätzliche Reaktion zuerst als Anpassungsstörung bewertet worden und im Bericht vom 10. Juli 2017 eine leichte bis mittelgradige depressive Episode als Reaktion auf die Polymorbidität diagnostiziert worden. Daraus

sei aber explizit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden.

Aus der Biografie könnten keine Hinweise für eine krankheitswertige Störung der Persönlichkeitsentwicklung abgeleitet werden. So erfordere

auch

die Einstellung im Sicherheitsdienst psychische Stabilität und der Beschwerdeführer selbst habe im Jahr 2015 eine psychotherapeutische / -pharmakologische Behandlung als nicht erforderlich erachtet. Eine

Venlafaxin-Therapie sei aus symptomtherapeutischer Sicht begonnen worden

(vgl. Urk. 5/174/160), wobei die Dosierung unangemessen hoch erscheine, aber gemäss Medikamentenspiegel auch nicht in dieser Höhe oder nicht gänzlich regelmässig eingenommen werde (Urk. 5/174/161; vgl. zur Behandlungsintensität

auch Urk. 5/174/170).

Umso mehr dürfe eine sehr gute persönliche Ressourcenlage angenommen werden, so dass der Beschwerdeführer trotz der multiplen somatischen Befunde und den sich daraus ergebenden psychosozialen Belastungen ausreichend gut mit diesen umgehen und sich daran anpassen könne. Besorgnis und zeitweilige negative Affekte in diesem Zusammenhang seien zwar erklärbar, denkbar initial nach der Kündigung auch als Anpassungsstörung zu werten. Im Weiteren sei aber von einer geringen Ausprägung im normalpsychologischen Umfang als Reaktion auf die sozialen und beruflichen Veränderungen und Schwierigkeiten auszugehen. Eine eigenständige arbeitsrelevante versicherungspsychiatrische Diagnose sei nicht abzuleiten. Mit der Klinik Z.____ könnten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestätigt werden, selbst wenn vormalig von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen worden sei, für die sich gegenwärtig keine Hinweise fänden. Zu diagnostizieren seien nach ICD-10: Z73 vorrangig Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, konsekutiv im

Rahmen der somatischen Diagnosen (vgl. Urk. 5/174/160 f.). 5.

E. 12

Abs. 1 IVG). Vielmehr hat er die entsprechende medizinisch-therapeutischen Massnahmen im Rahmen der Pflicht zur Selbsteingliederung zulasten der sozialen Krankenpflegeversicherung in Anspruch zu nehmen (vgl. erwähntes Bundesgerichtsurteil

8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 5.3.2 mit Hinweisen) , soweit ihm nicht ausnahmsweise sogar zuzumuten ist, aufgrund seines relativ jungen Alters und des noch vor wenigen Jahren wohl regelmässig betriebenen Fitnessstrainings alleine Abhilfe zu schaffen.

Daran vermag insbesondere auch die inzwischen mehrjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt nichts zu ändern, sind doch auch bei ehemaligen Bezüglern einer ganzen Rente im Regelfall erst ab einem Alter von 55 Jahren oder nach mindestens 15-jährigem Rentenbezug vor Anrechnung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen (etwa BGE 145 V 209 E 5.1 mit Hinweisen).

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