

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00140 vom 30. April 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00140

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00140 du 30 avril 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00140 del 30 aprile 2021

Erwägungen

E. 1.1

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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein

(BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.3

Am 14. Juni 2015 meldete der Versicherte sich wegen Rückenbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/11). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und holte unter anderem das Unfallaktendossier der Suva (Urk. 8/38/1-212) sowie das bidisziplinäre Gutachten des Z.____ vom 5. August 2016 (Urk. 8/66/1-40) ein. Mit Schreiben vom 10. November 2016 wies die IV-Stelle den Versicherten auf seine Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht zur Erhaltung sowie Verbesserung des Gesundheitszustandes mittels psychiatrischer Behandlung hin (Urk. 8/71). Mit Vorbescheid vom 10. November 2016 kündigte die IV-Stelle mangels einer längerdauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit die Abweisung des Leistungsbegehrens an (Urk. 8/72). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 21. November 2016 (Urk. 8/74), ergänzt mit Schreiben vom 31. Dezember 2016 (Urk. 8/83), Einwände. Die IV-Stelle unternahm darauf hin weitere medizinische Abklärungen und holte das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS A.____ vom 15. Oktober 2018 ein (Urk. 8/118).

Mit neuem Vorbescheid vom 18. Oktober 2019 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 11 % an (Urk. 8/132). Der Versicherte erhob dagegen mit Schreiben vom 16. November 2019, ergänzt mit Schreiben vom 3. Januar 2020, Einwände (Urk. 8/135, Urk. 8/138). Mit Verfügung vom 21. Januar 2020 verneinte die IV-Stelle wie angekündigt einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

E. 1.3.1

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

E. 1.3.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 21. Februar 2020 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 21. Januar 2020 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten; insbesondere sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm eine halbe Invalidenrente

auszurichten (Urk. 1 S. 2). In der Beilage reichte er den Bericht

von Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Januar 2020 (Urk. 3/3), den Bericht der Klinik C.____ vom 31. Januar 2020 (Urk. 3/4) und den Verlaufsbericht von der

Physiotherapie D.____ vom 11. Februar 2020 (Urk. 3/5) ein. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Versicherte darum, es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und es sei ihm eine unentgeltliche Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Noëlle Cerletti zu bestellen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 18. März 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7).

Mit Verfügung vom 21. April 2020 wurde die AXA Leben AG zum Prozess beigelegt (Urk. 12 S. 3). Diese verzichtete mit Eingabe vom 7. Juni 2020 auf eine Teilnahme am Verfahren (Urk. 16). Mit Verfügung vom 23. Juni 2020 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und Rechtsanwältin Noëlle Cerletti als

unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 17 S. 2). Mit Eingabe vom 31. August 2020 verzichtete der Beschwerdeführer auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 18), was der Beschwerdegegnerin am 3. September 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führt zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, von der psychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss dem im Vorbescheidverfahren eingeholten polydisziplinären MEDAS-Gutachten sei aus rechtlicher Sicht abzuweichen.

Denn es würden in psychischer Hinsicht keine ausgeprägten diagnoserelevanten objektiven Befunde vorliegen und es bestünden diverse Inkonsistenzen sowie Widersprüche, wie sich auch aus dem Austrittsbericht der Rehaklinik E.____

vom 20. April 2007 und dem Z.____-Gutachten vom 5. August 2016 ergebe und welche über eine blosser Verdeutlichungstendenz hinausgehen würden.

Die Abweisung des Leistungsbegehrens erfolge indes nicht aufgrund eines Ausschlussgrundes respektive wegen Aggravation, sondern die geklagten psychischen Beschwerden seien im strukturierten Beweisverfahren anhand der Standardindikatoren gewürdigt und es sei damit eine Gesamtbetrachtung vorgenommen worden, in welcher auch Inkonsistenzen ins Gewicht fallen würden. Ausserdem seien psychosoziale Belastungsfaktoren gegeben und der Beschwerdeführer verfüge über Ressourcen, wobei eine Therapieresistenz nicht nachvollziehbar sei und keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebenslagen bestehe. Es sei daher davon auszugehen, dass in psychischer Hinsicht keine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe oder bestanden habe. Ausserdem habe der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) die in den Z.____- und MEDAS-Gutachten gestellten Diagnosen als nicht nachvollziehbar beurteilt, da keine diagnoserelevanten Befunde vorliegen würden. Eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung liege weiterhin nicht vor. Es verbleibe aus somatischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsfassadenisoleur (50 % Leistung bei 75%iger Anwesenheit); in einer wechselbelastenden (teilweise stehenden, gehenden und sitzenden), körperlich leichten bis mittel schweren Tätigkeit ohne Tragen von Lasten über 25 Kilogramm und ohne vermehrte Zwangshaltungen

sei dem Beschwerdeführer eine 90%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar.

Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 11 % und damit keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2 S. 2 ff.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, auf die übereinstimmende Einschätzung des Z.____-Gutachtens vom 5. August 2016 und des MEDAS-Gutachtens A.____ vom 15. Oktober 2018 sei abzustellen. Denn mit diesen Gutachten hätten zwei voneinander unabhängige, innerhalb von zwei Jahren angefertigte psychiatrische Gutachten eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % bestätigt und übereinstimmend eine chronische Schmerzstörung mit somatischen sowie psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert. Die Gutachter seien übereinstimmend zum Schluss gekommen, dass der mittlerweile chronifizierte Zustand nur auf der Basis seiner spezifischen Persönlichkeitsmerkmale (histrionisch, abhängig) habe entstehen können, welche gleichzeitig die Grundlage für die Entstehung der Störung und der Grund für deren Therapieresistenz darstellen würden. In beiden Gutachten sei sein explosives Verhalten detailliert festgehalten und in die Beurteilung einbezogen worden. Auch seien übereinstimmend ein vollkommener sozialer Rückzug - mit Ausnahme des Kontaktes zur Lebenspartnerin - festgestellt worden und es hätten weder persönliche Ressourcen noch Behandlungsoptionen benannt werden können, welche den aktuellen Zustand zu verbessern vermöchten. Die Ausführungen der beiden Gutachter würden sich ausserdem mit der Einschätzung des behandelnden Psychiaters decken, der weitgehend übereinstimmende Befunde erhoben und Diagnosen gestellt habe.

Es sei ferner nicht rechtsgenügend, wenn die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren mit der Begründung ablehne, eine

Therapieresistenz sei nicht nachvollziehbar. Denn er sei ihrer mit Schreiben vom 10. November 2016 gestellten Aufforderung zur Schadensminderung gefolgt und habe sich umgehend in regelmässige psychiatrische Behandlung begeben, was denn auch einen gewissen positiven Effekt auf das affektive Leiden, nicht jedoch auf die übrigen Problematiken gezeigt habe. Es sei unzulässig, wenn die Beschwerdegegnerin nun argumentiere, er habe sich erst nach dem ersten Vorbescheid in psychiatrische Behandlung begeben, zumal er subjektiv davon überzeugt gewesen sei, dass seine Beschwerden rein somatischer Natur seien und kein behandelnder Arzt ihn zuvor zu einem Psychiater geschickt habe. Laut der Konsensbeurteilung der MEDAS-Gutachter A.____ könne eine Psychotherapie kaum eine Veränderung bewirken. Es werde auch auf die Ausführungen des behandelnden Psychiaters im Bericht vom 29. Januar 2020 (Urk. 3/3) verwiesen, wonach bei einer derart chronifizierten Symptomatik kaum eine schnelle und substantielle Veränderung erreicht werden könne.

Zu den von der Beschwerdegegnerin angenommenen Ressourcen sei einzuwenden, dass es gemäss dem behandelnden Psychiater aus verhaltens-therapeutischer Sicht indiziert sei, dass der Beschwerdeführer versuche, sein Aktivitätsniveau zu steigern. Fernseh schauen, Autofahren und Einkäufe tätigen würden ausdrücklich ärztlich empfohlen. Der MEDAS-Gutachter habe zudem geschrieben, dass aufgrund des anhaltenden Charakters der Chronifizierung die Ressourcen der Befundverbesserung erschöpft seien; im Z.____-Gutachten sei ausgeführt worden, dass die Persönlichkeitsstörung den Beschwerdeführer an der Überwindung seiner Defizite hindere und dass persönliche Ressourcen in der

Zuverlässigkeit sowie Loyalität zu sehen seien. Zur sozialen Isolation und Einschränkung des Aktivitätsniveaus sei im Z.____ -Gutachten ausgeführt worden, dass der Beschwerdeführer ein gänzlich eingeschränktes Leben friste, welches sogar die Beziehung zu seiner aktuellen Partnerin gefährde. Es bestehe eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebens bereichen. Auch der Gutachter der MEDAS A.____ habe eine sehr ausgeprägte soziale Isolation praktisch ohne mitmenschliche Kontakte ausserhalb der Wohngemeinschaft festgehalten. Zum von der Beschwerdegegnerin erwähnten Tramadolspiegel unter der Wirksamkeitsgrenze sei einzuwenden, dass er, der Beschwerdeführer, das Mittel schlecht vertrage und es daher nur nehme, wenn es nicht anders gehe. Die Beschwerdegegnerin habe es sodann bezüglich der von ihr benannten Inkonsistenzen unterlassen, dies im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild des Beschwerdeführers zu sehen. Der Widerspruch zwischen objektivierbarem, somatischem Gesundheitsschaden und subjektiv geschilderten Beschwerden sei begriffsnotwendig, um die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen überhaupt stellen zu können.

In beiden Gutachten seien diese Überlegungen in die Beurteilungen mit Bezug auf die Vorakten eingeflossen, so die Tendenz zur Schmerzverarbeitungsstörung, der multifaktorielle Charakter der Kreuzschmerzen und das verschiedentlich als demonstrativ, bizarr, unverhältnismässig, nicht nachvollziehbar etc. beschriebene Krankheitsbild. Der psychiatrische Gutachter der MEDAS A.____ sei auch nicht einfach seinen subjektiven Angaben gefolgt, sondern habe ausgehend von einem soliden Befundfundament auf eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit geschlossen und somit dem Umstand Rechnung getragen, dass ein gewisses Aktivitätsniveau auch mit der Erkrankung noch möglich sein sollte.

Dagegen könne auf die Stellungnahme des RAD-Arztes nicht abgestellt werden. Denn dieser verweise unter anderem auf die Beurteilung des beratenden Arztes der Krankentaggeldversicherung AXA gemäss dessen Bericht vom 21. September 2016. Jedoch enthalte dieser Bericht keine Unterschrift und es sei nicht ersichtlich, wer der Verfasser gewesen sei und ob es sich beim Verfasser um einen Facharzt der Psychiatrie handle.

Es sei mehr als fragwürdig und nicht nachvollziehbar, dass der RAD-Arzt eher auf die Aktenbeurteilung eines anonymen versicherungsinternen Arztes abstelle, als auf zwei voneinander unabhängige psychiatrische MEDAS-Gutachter. Der RAD-Arzt habe zudem die Behauptung aufgestellt, dass Aggravation bestehe, wovon die Beschwerdegegnerin ausdrücklich nicht ausgehe. Es sei daher unverständlich, dass sie dennoch auf die RAD-Beurteilung abstelle.

Hinzu komme, dass eine objektivierbare somatische Pathologie am Rücken bestehe, die sich progredient verschlimmere, wie sich aus dem neuesten Bericht der Klinik C.____ vom 31. Januar 2020 ergebe. Es bestehe ein hoher Leidensdruck, was der behandelnde Physiotherapeut im Bericht vom 11. Februar 2020 bestätigt habe.

Der Invaliditätsgrad erfolge mittels Prozentvergleichs, demgemäss ihm eine halbe Invalidenrente zuzusprechen sei (Urk. 1 S. 11 ff.)

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint hat.

Der frühestmögliche Beginn einer allfälligen Rente ist der 1. Dezember 2015 (Anmeldung vom 14. Juni 2015, Urk. 8/11 ; vgl. Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG).

Die angefochtene Verfügung vom 21. Januar 2020 (Urk. 2) bildet recht sprechungsgemäss zudem die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungs befugnis (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis).

Die vom Beschwerdeführer mit der Beschwerde eingereichten medizinischen Berichte von Dr. B.____ vom 29. Januar 2020 (Urk. 3/3), der Klinik C.____ vom 31. Januar 2020 (Urk. 3/4) und der Physiotherapie D.____ vom 11. Februar 2020 (Urk. 3/5) sind daher nur insofern zu berücksichtigen, als daraus Rückschlüsse auf den Sachverhalt im zu beurteilenden Zeitraum vom 1. Dezember 2015 bis am 21. Januar 2020 zulässig erscheinen.

E. 3

vom 12. Juni 2013 E. 4.2.2). Die Einschätzung der Gutachter ist daher auch insofern in medizinischer Hinsicht nicht zu beanstanden .

E. 3.1

In medizinischer Hinsicht sind die beiden von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten des Z.____ und der MEDAS A.____ massgeblich, aus welchen das Folgende zu entnehmen ist.

Gemäss dem bidisziplinären Gutachten der Z.____ vom 5. August 2016 wurde der Beschwerdeführer am 29. April und am 30. Mai 2016 aus orthopädisch-traumatologischer und psychiatrischer Sicht untersucht (Urk. 8/66/1) . Der Beschwerdeführer habe über seit dem Unfallereignis vom 15. Februar 2013 bestehende Rückenschmerzen im lumbalen Bereich, über Konzentrations- und Gedächtnis schwierigkeiten, Freudverlust, Perspektivlosigkeit sowie über massive Selbstwert probleme geklagt (Urk. 8/66/23, Urk. 8/66/32). Aus bidisziplinärer Sicht seien die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden: Schweres chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41), rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradige Ausprägung (ICD-10 F33.0), gemischte Persönlichkeitsstörung mit vor allem histrionischen und abhängigen Anteilen (ICD-10 F61.0). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (als Bauarbeiter, Urk. 8/66/24) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt: Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom nach abgeheilter posttraumatischer Kontusion des vierten Lendenwirbelkörpers (LWK4) vom 15. Februar 2013 mit erheblich demonstrierter Funktionseinschränkung, leichte Funktionseinschränkung des rechten Ellbogens bei Zustand nach Arthroskopie (ASK) und Entfernung eines freien Gelenkkörpers 2006 nach Kontusion (Urk. 8/66/12).

Im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer mit einer nahezu aufgehobenen Funktion der Wirbelsäule in schmerzskoliotischer Fehllhaltung dargestellt. Eine Bewegungsuntersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) werde nicht zugelassen, eine muskuläre Gegenspannung verhindere eine Funktionsuntersuchung. Auch lasse sich eine Inklination der Wirbelsäule, die zu einer Entspannung eines lumbalen Schmerzgeschehens führe (mit Ausnahme einer Nervenwurzelreizung S1) , nicht durchführen. Die Muskeleigenreflexe seien seitengleich

auslösbar, es lasse sich weder eine sensible Störung der Beine noch eine seitendifferente Umfangsverminderung der Beine nachweisen.

Die

schmerzkoliotische

Fehlhaltung lasse sich bei den vorliegenden radiologischen und kernspintomographischen Befunden nicht erklären; sie sei wie bereits im Befundbericht des Universitätsspitals F.____ ausgeführt eher sekundär myofaszial bedingt. Aus orthopädischer Sicht ergebe sich deswegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Seitens des rechten Ellbogengelenkes werde eine Funktionseinschränkung rechts demonstriert. Das wahre Bewegungsausmass lasse sich nicht vollständig darstellen, da aktiv eine Muskelgegenspannung erfolge. Es bestehe ein Streckdefizit von 30 Grad und ein Beugedefizit von 10 Grad. Ein hartes Bewegungsende lasse sich nicht nachweisen. Das radiologische Bild zeige eine leichtgradige Arthrose des Humeroulnargelenkes. Bei fehlender Umfangsverminderung der rechten Armmuskulatur könne eine schonungsbedingte Belastungsminderung des rechten Armes ausgeschlossen werden. Der Arm sei ohne wesentliche Einschränkung für körperlich mittel schwere bis schwere Tätigkeiten einsetzbar (Urk. 8/66/13, Urk. 8/66/28-29).

Bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer seine massivsten Schmerzen in den Vordergrund gestellt und ein demonstratives, fast bizarres Haltungsmuster mit der Tendenz zum Hyperventilieren gezeigt. Angesichts der biographischen Angaben mit weitgehender Behandlungsresistenz, Verstärkung der Schmerzproblematik durch Stress, Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen und der massiven sowie unabänderlichen Krankheitsüberzeugung könne bei gleichzeitiger Ausweitungstendenz der Beschwerden die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen gestellt werden. Perspektivlosigkeit, Freudlosigkeit, Selbstwertdefizite und sozialer Rückzug würden auf das Vorliegen einer depressiven Episode hinweisen, die in ihrer Ausprägung aktuell als leichtgradig qualifiziert und unter Berücksichtigung der Biographie in den Kontext einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden könne. Das dramatisierende, expressive Verhalten, welches von hilflosen und abhängigen Komponenten begleitet sei, würde auf eine Persönlichkeitsstörung hinweisen, die auch anhand der Biographie mit abhängigem Beziehungsverhalten und allgemeiner Hilfsbedürftigkeit unterstrichen werde. Die Vulnerabilität für das Entwickeln einer Schmerzerkrankung könne - eindrucklich anhand der dokumentierten Unfallereignisse beobachtbar - auf der Basis dieser Persönlichkeitsstörung erklärt werden. Aktuell sei vor allem die Schmerzerkrankung mit massiver Fokussierung und starrem Krankheitskonzept bei gleichzeitig bestehender depressiver Auslenkung für eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verantwortlich zu machen, die im Bereich von 50 % anzusiedeln sei. Die Persönlichkeitsstörung hindere den Beschwerdeführer aber an der Überwindung seiner Defizite (Urk. 8/66/12-13, Urk. 8/66/36-37).

Aus interdisziplinärer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer leidensangepassten, körperlich mittelschweren bis zeitweile schweren Tätigkeit

in zugewandter, offener Umgebung respektive bei einem mitfühlenden, stützenden und wertschätzenden Arbeitgeber, zumindest anfänglich ohne wesentlichen zeitlichen Druck zu 50 % eingeschränkt. Retrospektiv gelte diese Arbeitsfähigkeit ab der Exazerbation der

Schmerzerkrankung im Februar 2013 bei gleichzeitiger Dekompensation der Persönlichkeitsstörung (Urk. 8/66/13-14).

E. 3.2

.1

Die zweite Begutachtung erfolgte gemäss dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS A.____ vom 15. Oktober 2018 im Juli und August 2018 aus allgemein- internistischer, orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht (Urk. 8/118/35).

Der Beschwerdeführer

habe

insbesondere über lumbale Rücken - und Beinschmerzen rechts, Ameisenlaufen und Kribbelgefühlen am rechten Bein, eingeschränkte Motorik und Beweglichkeit des rechten Ellbogens sowie über gelegentliche Kopfschmerzen und ein Unsicherheitsgefühl mit Gleichgewichtsstörungen berichtet. In psychischer Hinsicht habe er ausgeführt, seine Seele sei kaputt; er habe keine Lust und keine Freude mehr (Urk. 8/118/23 -24, Urk. 8/118/31, Urk. 8/118/65-66 , Urk. 8/118/76).

Die Gutachter schlossen gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung auf die folgenden Diagnosen: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), andauernde Herabgestimmtheit im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F34.1), Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1), Verdacht auf sensible S1 -Wurzelirritation rechts, chronisches lumbover tebrales Schmerzsyndrom nach abgeheilter posttraumatischer Kontusion LWK4 im Februar 2013, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, leichte Funktions einschränkung des Ellbogens rechts bei Status nach Arthroskopie und Entfernung eines freien Gelenkkörpers nach Kontusion im Jahr 2006, leichtgradige Arthrose des Humeroulnargelenkes

rechts, unklare Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS), Status nach Commotio cerebri in der Kindheit, Adipositas Grad I (BMI 30), Lymphopenie (kontrollbedürftig; Urk. 8/118/36).

E. 3.3.1

Mit dem Gutachten der MEDAS A.____ vom 15. Oktober 2018 liegt in medizinischer Hinsicht eine umfassende interdisziplinär-fachärztliche Begutachtung vor, welche auf den erforderlichen Untersuchungen beruht und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden, des Verhaltens des Beschwerdeführers sowie der medizinischen Vorakten erfolgte. Die medizinischen Zusammenhänge wurden sowohl bezüglich der somatischen als auch bezüglich der psychischen Beschwerden nachvollziehbar aufgezeigt und die Beurteilung der medizinischen Situation schlüssig begründet dargelegt. Auch wurden die getroffenen Schlussfolgerungen ausführlich und nachvollziehbar erläutert. Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten erfüllt damit grundsätzlich alle recht sprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 3.3.2

Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid in somatischer Hinsicht denn auch auf die Einschätzung gemäss dem Gutachten der MEDAS

A.____ vom 15. Oktober 2018 ab und ging in zeitlicher Hinsicht davon aus, dass eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von mindestens 40 % im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG anhaltend seit dem Unfall vom 15. Februar 2013 (Urk. 8/38/209) bestand (Urk. 2 S. 2 f.). Dies wurde vom Beschwerdeführer nicht bestritten und ist angesichts der Schwere der angestammten Tätigkeit im Baugewerbe nicht in Zweifel zu ziehen .

Dagegen ist die Einschätzung des orthopädisch-traumatologischen Z.____ Gutachters , es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammte n Tätig keit als Bauarbeiter spätestens drei bis vier Monate nach dem Unfall vom 15. Februar 2013

(Urk. 8/66/ 13, Urk. 8/66/28-29) nicht nachvollziehbar . Denn bei solchen schweren Tätigkeiten

stellt das Tragen und Heben von Lasten über 25 Kilogramm keine Seltenheit dar (vgl. Urk. 8/44/17) , zumal der Beschwerde führer nach seinen Angaben gegenüber dem orthopädisch-traumatologischen Z.____ -Gutachter als Bauhilfsarb e iter für den Nachschub und das Material der qualifizierten Bauarbeiter zuständig war (Urk. 8/66/ 24).

Hinzu kommt, dass sich d ie klinische n Untersuchungen der Lendenwirbelsäule (LWS) und des rechten Ellbogens durch den Z.____ -Gutachter wegen Muskelgegenspann ens nicht gän z lich durchführen liessen . Auch erwähnte der Z.____ - Gutachter eine Nerven wurzelreizung S1, eine eher sekundär myofaszial bedingte schmerzskoliotische Fehlhaltung und eine leichte Arthrose des Humeroulnargelenkes (Urk. 8/66/13, Urk. 8/66/28-29). Die bisher festgestellten bildgebenden Befunde der LWS wurden im orthopädisch-traumatologischen

Z.____ -Teilgutachten dagegen im Hinblick auf eine Schwerarbeit nicht respektive nicht hinreichend diskutiert (Urk. 8/66/28-29) . N amentlich sind

Veränderungen passend zu einem Status nach Morbus Scheuermann an der unteren Brustwirbelsäule [BWS] und im Bereich der mittleren/unteren LWS, leichte osteochondrotische Veränderungen sowie eine leichte Spondylarthrose der unteren LWS ohne Prolaps und ohne Nervenwurzel kompress ion (Urk. 8/38/156, Urk. 8/38/119), multisegmentale Osteochondrosen L3 /4, L4 /5 und L5 / S1 mit Punctum

maximum

L5 / S1 mit Bandscheibenver schmälerung bei negativer Discographien L4/5 und L5/S1 (Urk. 8/38/15, Urk. 8/38/39-40) sowie eine positive Discographie L3/4 am 22. Juni 2015 (Urk. 8/84/1)

zu berücksichtigen . Angesichts dieser Veränderungen ist dagegen die Aussage des orthopädisch -traumatologisch e n Gutachter s der MEDAS A.____

nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeitsreduktion neben qualitativen Aspekten auch aus einer quantitativen Komponente zur Vermeidung einer Exazerbation der Beschwerden bestehe (Urk. 8/118/30). Zudem wurde auch aus fachärztlich neurologischer Sicht eine gewisse, wenn auch geringe Einschränk ung der Arbeitsfähigkeit um 10 % attestiert (Urk. 8/118/ 32). Die behandelnden Ärzte der Klinik C.____

sodann schlossen aufgrund multisegmentaler lumbaler Osteochondrosen auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bishe rigen Tätigkeit als Hilfsfassadenisoleur respektive in körperlich belastenden Tätigkeiten , wobei die Schmerzursache den einzelnen

Segmenten allerdings nicht hundertprozentig zugeordnet werden konnte (Berichte vom 14. Juli 2017, Urk. 8/94, und vom 31. Januar 2020, Urk. 3/4). Es rechtfertigt sich daher, mit den Parteien

bereits aufgrund der somatischen Beschwerden von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit

auszugehen .

E. 3.3.3

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit kamen sowohl die Gutachter der MEDAS A.____ als auch die Z.____ -Gutachter nach umfassenden fachärztlichen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der medizinischen Vorakten fundiert begründet zum Schluss, dass die psychischen Beschwerden im Vordergrund stehen und die somatischen Leiden, soweit überhaupt objektivierbar und nicht psychosomatisch überlagert, keine zusätzliche einschränkende Auswirkung haben (Urk. 8/66/12-19, Urk. 8/118/ 35-37). So konnte n

gemäss der Einschätzung sämtlicher somatischer Gutachter namentlich das vom Beschwerdeführer als massiv geschilderte und demonstrierte Schmerz erleben im Rücken sowie die demonstrierte Funktionseinschränkung im rechten Ellbogen (Urk. 8/66/23, Urk. 8/66/32, Urk. 8/118/23, Urk. 8/118/31, Urk. 8/118/65-66, Urk. 8/118/76) im Wesentlichen keinen korrelierenden, das Ausmass der Beschwerden erklärenden

somatischen Befunden zugeordnet werden (Urk. 8/66/13,

Urk. 8/118/29-31) . Die Gutachter des Z.____

(Urk. 8/66/13) und der MEDAS A.____ (Urk. 8/118/36-37) schlossen daher übereinstimmend allein aufgrund der psychischen Beschwerden auf eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit .

Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nahmen die Z.____ - und MEDAS-Gutachter jeweils aufgrund weitgehend übereinstimmender diagnostischer Einordnungen der psychischen Beschwerden

vor (Urk. 8/66/12, Urk. 8/118/36) . So diagnostizierten beide psychiatrischen Gutachter in erster Linie eine

chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). In beiden Gutachten wurde zudem eine leichte depressive affektive Beeinträchtigung festgehalten, welche der Z.____ -Gutachter als rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradige r Ausprägung (ICD-10 F33.0) , und der MEDAS-Gutachter als andauernde Herabgestimmtheit im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) klassifizierte.

Auch beurteilten beide Gutachter die Persönlichkeitsstruktur als auffällig mit demonstrativem, verdeutlichendem Verhalten und histrionischen Anteilen , welche der Z.____ -Gutachter zusätzlich als durch hilflose und abhängige Komponenten begleitet sah . Dies beurteilte der Z.____ -Gutachter wegen der ausgeprägten Auswirkungen der Interaktionsstörung auf das Leben des Beschwerdeführers auch im biographischen Längsschnitt mit abhängigem Beziehungsverhalten und allgemeiner Hilfsbedürftigkeit als

gemischte

Persönlichkeitsstörung mit vor allem histrionischen und abhängigen Anteilen (ICD-10 F61.0), während der MEDAS-Gutachter die auffällige Wesensart mit histrionischen Anteilen als akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) einordnete (Urk. 8/66/35 -37, Urk. 8/118/47-48).

Hierbei ist unerheblich, dass die diagnostische Einschätzung der psychiatrischen Fachärzte im Einzelnen nicht durchwegs - wenn auch weitgehend - dieselbe ist. Denn ist wie hier aufgrund nachvollziehbarer fachpsychiatrischer Einschätzungen ausgewiesen, dass ein erhebliches psychisches Beschwerdebild mit Krankheitswert vorliegt, das einer Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem zugeordnet werden kann, ist letztlich nicht die Diagnose, sondern einzig und allein entscheidend, ob die Beschwerden zu einer ausgiebigen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_501/2008 vom 15. Juli 2008 E. 2.2.1 und 9C_166/201

E. 4

Von der aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht attestierten

Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit wird die

Beschwerdegegnerin

im angefochtenen Entscheid aus rechtlicher Sicht nach Prüfung der Standardindikatoren ab (vgl. BGE 141 V 281, 143 V 418; Urk. 2 S. 2 f.). Da es rechtsprechungsgemäss nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen liegt, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt (BGE 140 V 193 E. 3.1), kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verliert (BGE 144 V 50 E).

E. 4.1

Zu beurteilen ist im Folgenden daher die Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen der Z. ___ - und MEDAS- Gutachter anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG schliessen lassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7). Dabei obliegt es den Rechtsanwendern, mithin hier dem Gericht, im Rahmen der Beweiswürdigung zu überprüfen, ob ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 9C_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2.2).

E. 4.2.1

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem Prüfungsraster gemäss BGE 141 V 218 erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von

vornherein ausschliessen . Soweit die betreffenden Anzeichen hingegen lediglich neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteil e des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C_524/2020 vom 23. November 2020 E. 4).

E. 4.2.2

Die Beschwerdegegnerin erklärte im angefochtenen Entscheid hierzu einerseits, die diversen Inkonsistenzen und Widersprüche, die sich namentlich aus dem Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ vom 20. April 200

E. 4.2.3

Des Weiteren ist die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem Prüfungsraster gemäss BGE 141 V 218 hier auch deshalb angezeigt, da ein konkreter Beweisbedarf gegeben ist. Denn es liegen keine beweiswertigen fach ärztlichen Berichte vor, in denen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wurde oder mit denen prägnante Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkung bereits abschliessend ausgewiesen wären (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2, 143 V 409 E. 4.5.3, 143 V 418 E. 7.1).

4.3.4.3.1

Beim mit Leitentscheid BGE 141 V 281 (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015) festgelegten strukturierten, normativen Prüfungsraster (präzisiert in BGE 143 V 418 E. 5.2 und E. 8.1) sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen die funktionellen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens mit den folgenden

Standardindikatoren vermehrt zu gewichten, wobei den Umständen des Einzelfalls Rechnung zu tragen ist (BGE 141 V 281 E. 4):

Unter die Kategorie «funktioneller Schweregrad»

(E. 4.3) fällt der Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) mit der Frage nach der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1; präzisiert in BGE 141 V 418 E. 5.2), dem Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder der Behandlungsresistenz (E. 4.3.1.2) und den Komorbiditäten (E. 4.3.1.3; präzisiert in BGE 141 V 418 E. 8.1), ausser dem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) und der Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3). Unter der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) sind die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und der behandlungs- und eingliederungsanamnestic aus gewiesene Leidensdruck (E. 4.4.2) relevant. 4.3.2

Hinsichtlich des Indikators der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome im Sinne der Schwere des Krankheitsgeschehens (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1) führte das Bundesgericht im BGE 143 V 418 präzisierend aus, dass eine Diagnose in grundsätzlicher Hinsicht selbst bereits ein Schweregradindikator sein könne, soweit darin ein Bezug zum Schweregrad der Erkrankung bestehe; insbesondere dann, wenn die Begründung der Diagnose einen ausreichenden Bezug zur funktionserheblichen Befundlage aufweise. Fehle in der Diagnose aber diese Schweregradbezogenheit, zeige sich die

Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren funktionellen Auswirkungen. Ein Leiden als leicht einzu stufen, weil diagnostisch kein Bezug zum Schweregrad desselben gefordert sei und ihm bereits deshalb eine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzusprechen, gehe daher fehl (E. 5.2.2). Entscheidend bleibe letztlich vielmehr die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung (E. 6).

Bei den vom psychiatrischen Gutachter der MEDAS A.____ gestellten Diagnosen einer andauernde n Herabgestimmtheit im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) und einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1 ; Urk. 8/118/ 36, Urk. 8/118/47) handelt es sich um solche, welche einen Bezug zum Schweregrad aufweisen. Die Dysthymia weist auf ein leichte s psychische s

Krank heitsgeschehen

hin , das

in der Primärversorgung sowie in der allgemeinen medi zinischen Versorgung häufig gesehen wird

(Dilling , Mombour , Schmidt [Hrsg.], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien,

E. 4.3

; Urteil des Bundesgericht 9C_611/2018 vom 28. März 2019 E. 4.3.1).

E. 4.3.3

) - bis Ende 201 6 nicht vollständig ausgeschöpft wurden und eine psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie erst ab Januar 2017 nach der Empfehlung der Z.____ -Gutachter (Urk. 8/66/19) und Auffor derung durch die Beschwerdegegnerin (Urk. 8/71) aufgenommen wurde , ist damit nicht bereits auf einen gänzlich fehlenden Leidensdruck und auf das Fehlen einer versicherten Gesundheitsbeeinträchtigung zu schliessen, zumal die Einsicht des Beschwerdeführers in die psychopathologischen Zusammenhänge seiner Leiden bei gleichzeitig massiv starrem Krankheitskonzept und beeinträchtigter Persön lichkeitsstruktur eingeschränkt ist (Urk. 8/66/18, Urk. 8/66/20, Urk. 8/66/39) . Das Vorliegen eines Leidensdrucks ist damit in entsprechend reduziertem Ausmass anzunehmen. Des Weiteren wurden keine beruflichen Eingliederungs massnahmen durchgeführt, bei welchen etwa mangelnde Kooperation seitens des Beschwerdeführer s festgestellt worden wäre. 4 .4.4

Die gutachterliche Einschätzung hält damit entgegen der Ansicht der Beschwer degegnerin der Konsistenzprüfung stand. Das inkonsistente Verhalten des Beschwerdeführers wurde von den Gutachtern in jeder relevanten Hinsicht berücksichtigt und nachvollziehbar in die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einbezogen. 4 .5

Die Indikatorenprüfung ergibt insgesamt, dass die funktionellen Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigungen medizinisch-gu tachterlich schlüssig und diffe renziert erfasst wurden und die von den Gutachtern attestierte Arbeitsun fähigkeit von 50 % in Anbetracht der eingeschränkten Ressourcen als begründet erscheint. Es besteht daher entgegen der Ansicht der Beschwerdegeg nerin kein Anlass, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen. 5 . 5 .1

Zu prüfen sind im Weiteren die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen. Im Folgenden ist der Invaliditätsgrad ab dem 1. Dezember 2015 (Anmeldung vom 14. Juni 2015, Urk. 8/11; vgl. Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG)

aufgrund einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in den

in Frage kommenden Tätigkeiten

(vgl. E. 3.3.2-3 hiervor) zu bestimmen. Der Invaliditätsgrad ist mittels eines Vergleichs von Valideneinkommen und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (vgl. BGE 129 V 223 f. E. 4.2 in fine, 128 V 174). 5.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_821/2019 vom 14. Oktober 2020 E. 4.1).

Die Beschwerdegegnerin

ging zur Bestimmung des Valideneinkommens vom Verdienst des Beschwerdeführers aus, welchen er vor dem Unfall vom 15. Februar 2013 mit einem unfallbedingt reduzierten, 80%igen Pensum bei der Y.____ GmbH als Hilfsfassadenisoleur respektive Bauarbeiter im Jahr 2012 erzielt hatte, und rechnete die entsprechenden Beträge von Fr. 52'755.55

(Arbeitgeberbericht vom 8. Oktober 2015, Urk. 8/35/3) unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2012 bis 2014 auf ein 100%iges Pensum um, was ein Valideneinkommen von Fr. 66'937.30 ergab (Urk. 2 S. 3, Urk. 8/128). Dies ist grundsätzlich nicht zu beanstanden und wurde vom Beschwerdeführer denn auch nicht gerügt. Allerdings ist hier der Einkommensvergleich im Jahr 2015 massgeblich, weshalb die Nominallohnentwicklung der Baubranche von 2012 bis 2015 zu berücksichtigen ist (BFS, Schweizerischer Lohnindex nach Branche [Basis 2010 = 100], Nominallohnindex Männer 2011-2018 [T1.1 .10], Wirtschaftszweig F41-43 Baugewerbe; 2012: 101.7; 2015: 102.5), womit ein Valideneinkommen von Fr. 66'463.20 resultiert (Fr. 52'755.55 : 80 x 100 = Fr. 65'944.45; : 101.7 x 102.5). 5.3

5.3.1

Das Invalideneinkommen ist anhand des durchschnittlichen Tabellenlohns der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) zu bestimmen und ausgehend vom Tabellenlohn gemäss der LSE 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level (Kompetenzniveau 1, Männer, Total), von Fr. 5'312.-- pro Monat respektive Fr. 63'744.-- pro Jahr zu ermitteln. Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen (vom BFS erhobenen) wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2014 (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Tabelle T 03.02.03.01.04.01, Abschnitt A-S, Total) und der Nominallohnentwicklung von 2014 bis 2015 (BFS, Schweizerischer Lohnindex nach Branche [Basis 2010 = 100], Nominallohnindex Männer 2011-2018 [T1.1 .10], Total; 2014: 103.2; 2015 : 103.5) sowie eines 50%igen Arbeitspensums resultiert ein Betrag im Jahr 2015 von

Fr. 33'323.15 (Fr. 63'744.-

: 40 x 41,7 : 103.2 x 103.5 x 0.5). 5.3.2

Dieser Betrag ist rechtsprechungsgemäss zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 124 V 321 E. 3b / aa). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 322 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_361/2011 vom 20. Juli 2011 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen).

Hier rechtfertigt

der Beschäftigungsgrad von 50 % höchstens einen Abzug von 5 bis 6 % , da gemäss der für das Jahr 2014 aktualisierten Tabelle T18 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) zwischen dem Durchschnittslohn von Fr. 5'714.-- bei einem Teilzeitpensum von 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum und dem Durchschnittslohn von Fr. 6'069.-- bei einem Vollzeitpensum eine Differenz von Fr. 355.-- respektive 5,85 % besteht. Dies ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung knapp, wenn überhaupt eine überproportionale Lohneinbusse (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2).

Ein höherer Abzug ist jedenfalls nicht gerechtfertigt, zumal etwa eine psychisch bedingt verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nach der Gerichtspraxis in der Regel nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_366/2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen), ebenso wenig etwa das Risiko von vermehrten gesundheitlichen Absenzen, ein grösserer Betreuungsaufwand oder weniger Flexibilität, was das Leisten von Überstunden etwa bei Verhinderung eines Mitarbeiters anbetrifft (Urteile des Bundesgerichts 9C_437/2015 vom 30. November 2015 E. 2.4; 8C_712/2012 vom 30. November 2012 E. 4.2.1 und 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.3.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_146/2017 vom 7. Juli 2017 E. 5.2.2). Auch die weiteren Merkmale (Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie) rechtfertigen auf dem Kompetenzniveau 1 keinen grösseren Abzug. Namentlich gibt das Alter des Beschwerdeführers (per 2015) von 48 Jahren keinen Anlass für eine Erhöhung des Abzuges, zumal Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_403/2017 vom 25. August 2017 E. 4.4.1 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.3).

Unter Berücksichtigung eines maximal 6%igen Abzuges resultiert im Jahr 2

E. 4.3.4

Zum Indikator der Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) führte das Bundesgericht im BGE 143 V 418 präzisierend aus, das strukturierte Beweisverfahren stehe einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiere. Fortan sei E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen würden, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen sei. So werde

beispielsweise eine Dysthymie für sich allein betrachtet keine Invalidität bewirken. Eine dysthyme Störung könne die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall jedoch erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftrete (E. 8; vgl. auch: Urteil des Bundesgerichts 9C_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2.3).

Hier sind die geklagten Rücken- und Ellbogenbeschwerden weitgehend ohne korrelierende objektivierbare Befunde und die entsprechenden somatischen Diagnosen schränken gemäss der gutachterlichen Einschätzung (Urk. 8/66/13, Urk. 8/118/33, Urk. 8/118/36-37) den Umfang der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht respektive nur geringfügig (aus neurologischer Sicht um 10%; Urk. 8/118/33, Urk. 8/118/78) ein. Sie fallen daher als respektive nur ein hemmender Faktor und rechtlich bedeutsame Komorbiditäten nicht erheblich, aber zumindest insofern in Betracht, als sie das Belastungsprofil der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit beeinträchtigen.

Zu den psychiatrischen Diagnosen zusätzlich zur chronischen Schmerzstörung und ihrer Wechselwirkung wurde im

Z.____-Gutachten nachvollziehbar festgehalten, die Schmerzkrankheit und depressive Störung würden komorbid auftreten und ungünstig miteinander interagieren. Die zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung verhindere die Bearbeitung der Defizite (Urk. 8/66/17, Urk. 8/66/38). Die Schmerzkrankung werde durch die Negativspirale zwischen Entwertung und depressiver Eskalation aufrecht erhalten (Urk. 8/66/15). Dementsprechend ordneten die Gutachter sämtliche aus psychiatrischer Sicht gestellten Diagnosen

(chronische Schmerzsyndrom, rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht gradige Ausprägung, gemischte Persönlichkeitsstörung mit vor allem histrionischen und abhängigen Anteilen) als solche mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ein (Urk. 8/66/36). Dabei sei für eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit respektive die aus psychiatrischer Sicht attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit vor allem

die Schmerzkrankung mit massiver Fokussierung und starrem Krankheitskonzept bei gleichzeitig bestehender depressiver Auslenkung verantwortlich zu machen, wogegen die Persönlichkeitsstörung die Vulnerabilität für das Entwickeln einer Schmerzkrankung sowie die erschwerte Defizitbewältigung erklären könne (Urk. 8/66/13). Auch der psychiatrische MEDAS Gutachter

begründete die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50% mit dem gesamten chronifizierten Leidenszustand, wobei der Folgezustand nach den nicht schwerwiegenden Unfällen nur auf dem Hintergrund der festgestellten spezifischen (akzentuierten) Persönlichkeitseigenschaften haben entstehen können (Urk. 8/118/28-29).

Mit Blick auf die Gesamtwirkung des Beschwerdebildes für den Funktionsstatus ist somit insbesondere der rezidivierenden depressiven Störung, aktuell leicht gradige Ausprägung (ICD-10 F33.0; Urk. 8/66/36), respektive der andauernden Herabgestimmtheit im Sinne einer

Dysthymia (ICD-10 F34.1) eine ressourcenhemmende Wirkung

in Wechselwirkung zur chronischen Schmerzstörung zuzu messen (zur Persönlichkeitsstörung siehe E.

E. 4.3.5

In Bezug auf die im Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) zu prüfen den Merkmale (Persönlichkeitsdiagnostik, Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen, persönliche Ressourcen) ist zu berücksichtigen, dass beide psychiatrischen Gutachter die Persönlichkeitsstruktur als durch abhängige und/oder histrionische Persönlichkeitszüge beeinträchtigt beurteilten (Urk. 8/66/36-38, Urk. 8/118/47-48). Bei den Befunden hielt der Z.____-Gutachter deutliche Beeinträchtigungen im Bereich der Willensbildung und im Antrieb fest. Der Beschwerdeführer wirke entschlossenunfähig, in seiner Schmerzschilderung gefangen und kaum dazu in der Lage, perspektivisch zu planen. Im Affekt bestehe eine Einschränkung der Schwingungsfähigkeit mit deutlicher Fokussierung auf den unteren Pol. Insgesamt falle die Tendenz zu Affektlabilität und Impulskontrollproblemen auf. In seiner Primärpersönlichkeit wirke der Beschwerdeführer dramatisierend, leidend, expressiv und gleichzeitig hilfsbedürftig. Es würden sich deutliche Hinweise auf demonstratives Verhalten im Sinne einer Verdeutlichung zeigen. Bezüglich der Persönlichkeit bestünden ausgeprägte Auswirkungen der Interaktionsstörung auf das Leben des Beschwerdeführers (Urk. 8/66/35). Der psychiatrische MEDAS-Gutachter erklärte, der Beschwerdeführer sei im Bereich der Affektivität ganz ausgesprochen auf seine Defizite fokussiert, hoffnungslos, ängstlich, allgemein beeinträchtigt und er erscheine wenig beeinflussbar, könne kaum seine Situation relativieren. Die Beschwerden würden seine ganze Persönlichkeit dominieren (Urk. 8/118/47).

Aufgrund dieser gutachterlichen Angaben ist davon auszugehen, dass sich die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers eher ressourcenhemmend auswirkt. Dies insbesondere auch deshalb, da nach gutachterlicher Einschätzung die beeinträchtigte Persönlichkeitsstruktur die Entwicklung der Schmerzkrankung begünstigt hat und die Bewältigung der (leistungsbeeinflussenden) Defizite erschwert (Urk. 8/66/13, Urk. 8/118/28). Als persönliche Ressourcen sind gemäss dem Z.____-Gutachter indes Zuverlässigkeit und Loyalität beachtlich (Urk. 8/66/38). 4.3.6

Beim Komplex « sozialer Lebenskontext » (BGE 141 V 281 E. 4.3.3) sind allfällige direkt negative funktionelle Folgen durch soziale Belastungen, mithin soweit die negative funktionelle Auswirkung nicht Folge einer Erkrankung ist, recht sprechungsgemäss auszuklammern. Beachtlich sind mobilisierbare Ressourcen im sozialen Lebenskontext, etwa die Unterstützung, die der versicherten Person im sozialen Netzwerk zuteil wird.

Hierzu ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer mit seiner langjährigen Lebenspartnerin und deren

erwachsene r

Tochter in einer 3,5-Zimmerwohnung

mit einem Gartenanteil zusammenwohnt, welche den Haushalt führt, sich um die Belange des Alltags kümmert und den Beschwerdeführer auch finanziell entlastet (Urk. 8/66/24, Urk. 8/118/21, Urk. 8/66/32-33, Urk. 8/118/67). Nach Angaben des Beschwerdeführers gebe es innerhalb der Familie keine Probleme, das sei für ihn eine wichtige Ressource. Er werde gestützt und getragen. Auch zu seiner Familie im Kosovo pflege er gute Kontakte (Urk. 8/118/21). Früher habe er sehr viele Bekannte und Freunde gehabt, seit der aktuellen Beziehung habe er weniger, da ihm seine Partnerin vollständig genüge (Urk. 8/66/33).

Gelegentlich erhalte er nachmittags Besuche von Freunden, dies sei eine willkommene Abwechslung (Urk. 8/118/23). Das intakte familiäre und soziale Umfeld ist damit als bestätigender, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkender Faktor zu beurteilen.

Nicht beachtlich sind dabei die psychosozialen Belastungsfaktoren wie etwa die Schulden des Beschwerdeführers, die ihn nach eigenen Angaben sehr belasten würden (Urk. 8/118/22). Dasselbe gilt für die emotionale Reaktion auf die Leistungsabklärungen und den leistungsabweisenden Entscheid der Invalidenversicherung, welche gemäss dem Bericht von Dr. B. ___ vom 29. Januar 2020 sehr aufwühlend für den Beschwerdeführer seien (Urk. 3/3 S. 1). Allfällige direkt negative funktionelle Folgen durch diese Belastungen wurden von den Gutachtern denn auch nicht zur Begründung der Leistungseinschränkung herangezogen. 4.3.7

Insgesamt zeigt sich, dass der funktionelle Schweregrad ab 2016 entsprechend der gutachterlichen Einschätzungen der verbleibenden Arbeitsfähigkeit mittelgradig ausgeprägt war durch die chronische Schmerzstörung an sich und durch die ressourcenhemmende Wirkung der affektiv-depressiven Störung sowie

der

beeinträchtigten

Persönlichkeitsstruktur, die zumindest ab 2017

psychiatrisch-psychotherapeutisch

soweit möglich behandelt wurden, wobei andererseits der soziale Lebenskontext als eine die Leistungsfähigkeit begünstigende Ressource erheblich ins Gewicht fällt. 4.4.4.4.1

Beweisrechtlich relevant ist sodann der Aspekt der Konsistenz mit den verhaltensbezogenen Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4) im Sinne einer Konsistenzprüfung der Folgenabschätzung aus dem festgestellten funktionellen Schweregrad der psychischen Störungen (BGE 141 281 E. 4.3). 4.4.2

In Bezug auf den Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) ergibt sich aus den Akten, dass das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers nicht nur in beruflicher Hinsicht, sondern auch im privaten Alltag seit Jahren zumindest teilweise eingeschränkt ist. Gemäss dem MEDAS-Gutachten berichtet der Beschwerdeführer dazu, dass er sich hauptsächlich zuhause und auf dem Sofa aufhalte, sich am Morgen einen Kaffee mache und versuche, die Spülmaschine unter Schmerzen auszuräumen. Er habe mehrmals täglich schreckliche Schmerzattacken und müsse sich oft hinlegen und mit den Kissen seine Beine hochlagern, wobei er sich dann (schmerzbedingt) nicht bewegen dürfe. Er mache

den ganzen Tag eigentlich gar nichts, am Mittag wärme er das vorbereitete Essen auf, das Abendessen nehme er mit der Partnerin ein. An guten Tagen gehe er in den Garten, erfreue sich an den Blumen

und bewege sich etwas um das Haus. Er könne

zirka zehn bis fünfzehn Minuten unter Schmerzen gehen, zirka fünf Stufen in einem Male Treppen

steigen, wobei er gelegentlich versuche,

zur körperlichen Ertüchtigung die Kellertreppe hoch und nieder zu steigen . Er gehe alle zwei Wochen zum Cousin zur Rasur . Er fahre ganz kurze Strecken mit dem geschalteten Auto in einer speziellen Liegeposition , wobei das Ein- und Aussteigen fast unmöglich und die Vibration während des Fahrens schlimm sei .

Die Physiotherapiebesuche er mit dem Auto , hin und wieder besuche er den Arzt , gelegentlich erhalte er nachmittags Besuche von Freunden . Kollegen treffe er praktisch nie.

Manchmal gehe er mit der Partnerin an Wochenenden nach Deutschland einkaufen, wobei er dabei nicht viel helfen , aber den Einkaufswagen stossen könne . Er habe

zuletzt an Weihnachten 2017 während zwei bis drei Wochen seine Familie besucht (mit dem Flugzeug nach Pristina, danach 40 Minuten Fahrzeit) .

Frühere sportliche Betätigung wie Vita Parcours habe er aufgegeben , er schaue

gerne Sport im TV und informiere sich über die Nachrichten (Urk. 8/118/20, Urk. 8/118/22-23 , Urk. 8/118/45-46 , Urk. 8/118/67 -68 , Urk. 8/118/76) .

Ein im Wesentlichen gleiches Aktivitätsniveau war bereits im

Z.____ - Gutachten ausgeführt worden, wobei der Beschwerdeführer damals nach seinen Angaben nicht Auto fahren konnte. Ausserdem hatte er dort gegenüber den Gutachtern ausgeführt , dass er zuletzt im Januar 2016 für zehn Tage im Urlaub bei seiner Mutter im Kosovo gewesen sei (Urk. 8/66 /23 , Urk. 8/66/32) .

Dass das Aktivitätsniveau mit Blick auf die Alltagsaktivitäten im privaten Lebensbereich nicht vollständig eingeschränkt ist, wurde von den Gutachtern zutreffend erkannt und den Diskrepanzen in den Schilderungen des Beschwerdeführers wurde dabei Rechnung getragen . Der psychiatrische MEDAS-Gutachter hielt namentlich fest, dass der Beschwerdeführer zwar eindrücklich geschildert habe, dass er praktisch nur noch liege und diese Form der Existenzbewältigung sich durch sein ganzes aktuelles Leben ziehe. Jedoch erhalte man den Eindruck, dass gewisse einfache Tätigkeiten wie etwas lesen, Gemüse rüsten, kurze Spaziergänge noch möglich sein müssten (Urk. 8/118/48). Bezüglich der im ICF-Ratingbogen erreichten relativ hohen Punktzahl könne ferner nicht unterschieden werden, wie weit Haltungen und Einstellungen das Resultat beeinflussen würden, mithin ob der Beschwerdeführer nicht könne oder nicht wolle (Urk. 8/118/49).

Bei der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit trugen die Gutachter den Verhältnissen aus objektiver Sicht Rechnung, indem sie entgegen der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers (Urk. 8/66/24-25, Urk. 8/118/23, Urk. 8/118/48) nicht auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit schlossen. Die dagegen attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit korreliert mithin schlüssig mit dem geschilderten Aktivitätenniveau unter Berücksichtigung der zu Verdeutlichung und Übertreibungen neigen den Darstellungsweise sowie demonstrativen , dramatisierenden Beschwerdedarstellung des Beschwerdeführers , welche zudem vor den Hintergrund der histrionischen Persönlichkeitsstruktur zu stellen sind (Urk. 8/66/ 35, Urk. 8/118/28) .

Im gutachterlich attestierten Umfang ist daher entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 2 S. 2 ff.) von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen auszugehen. 4 .4.3

In Bezug auf den Indikator der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2) gilt das Folgende zu beachten. Auch wenn diese - wie hiervor ausgeführt (E.

E. 7

und dem Z.____-Gutachten vom 5. August 2016 ergäben, gingen über eine blosser Verdeutlichungstendenz hinaus

(Urk. 2 S. 4 Mitte) . Andererseits erklärte sie, die Abweisung des Leistungsbegehrens erfolge nicht aufgrund eines Ausschlussgrundes respektive wegen Aggravation (Urk. 2 S. 4 a.E.) .

Dem kann insofern gefolgt werden, als hier nicht von einem Ausschlussgrund auszugehen ist. Zwar wurde von den Gutachtern eine Verdeutlichungstendenz, Fixierung und Diskrepanzen aufgezeigt. Das Vorliegen einer Aggravation oder gar Simulation wurde jedoch nach übereinstimmender Einschätzung der Z.____-Gutachter (Urk.

8/66/ 15-16) und der MEDAS-Gutachter (Urk. 8/118/25 , Urk.

8/118/28) verneint . So wurde im Z.____-Gutachten ausgeführt, es sei aus psychiatrischer Sicht ein eindeutig expressives und demonstratives Verhalten zu bemerken, das aber in den Kontext der Persönlichkeitsstörung gestellt werden könne. In diesem Sinne würde eher eine Verdeutlichung der vorliegenden Beschwerden bestehen als eine Aggravation (Urk. 8/66/15). Der

psychiatrische

MEDAS-Gutachter

beurteilte dies als akzentuierte Persönlichkeitszüge und Wesensart mit eindeutig histrionischen Anteilen; eine Simulation sei nicht nachzuweisen. Es habe ein ungünstiger Kreislauf eingesetzt, der weitestgehend chronifiziert sei und ein Krankheitsbild verursacht, das in den Akten verschiedentlich als demonstrativ, bizarr, unverhältnismässig und nicht nachvollziehbar umschrieben worden sei (Urk. 8/118/28) .

Es besteht mithin nicht schon Klarheit im Sinne von BGE 141 V 281 E. 2.2.1-2 darüber, dass die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine selbstständige, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (SVR 2017 IV Nr. 21 S. 56, 9C_154/2016). Eine Aggravation im Sinne eines Ausschlussgrundes ist somit nicht rechtsgenügend ausgewiesen (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_445/2018 vom 6. November 2018 E. 5.4).

E. 10

Auflage, S. 171). Bezüglich der diagnostischen ICD-10-Leitlinie gilt , dass es sich dabei um eine chronische Verstimmung handelt, bei der sich die Patienten meistens oft monatelang müde und depressiv fühlen, alles ist für sie eine Anstrengung und nichts wird genossen, sie grübeln und beklagen sich, schlafen schlecht und fühlen sich unzulänglich, sind aber in der Regel fähig , mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden (ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 183). Der funktionelle Schweregrad der Störung ist damit hinsichtlich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde gering .

Die akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) beeinflussen den Gesundheitszustand einer Person, sind an sich aber keine Krankheit oder Schädigung .

Sie stehen für einen Zusatzfaktor, der berücksichtigt werden muss, wenn die Person wegen eines pathologischen Zustands behandelt wird . Diese Belastungen fallen als solche rechtsprechungsgemäss nicht unter den Begriff des rechts erheblichen Gesundheitsschadens (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.2.2.2 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_237/2016 vom 17. Juni 2016 E. 3.2 ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_200 /2018 vom 7. August 2018 E. 5.1 mit Hinweisen) . Ein erhebliches Krankheitsgeschehen allein diesbezüglich ist daher zu verneinen.

Auch die vom psychiatrischen Z.____ -Gutachter gestellte Diagnose einer rezidi vierenden depressiven Störung, aktuell leichtgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.0, Urk. 8/66/36-37), weist offenkundig einen Bezug zum Schweregrad aus, indem die affektive Störung als leichtgradig ausgeprägt beurteilt wurde , so dass auch diesbezüglich von einem lediglich leicht ausgeprägten Krankheitsgeschehen aus zugehen ist (vgl. auch Z.____ -Gutachten Urk. 8/66/38).

Bei der vom Z.____ -Gutachter gestellten Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (Urk. 8/66/36) handelt es sich g emäss den allgemeinen

klinisch-diagnostischen Leitlinien (ICD-10 F60) um schwere Störungen der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens der betroffenen Person, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit betrifft und meistens mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einher gehen (ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 276). Dies weist nur in allgemeiner Weise und nicht auf einen bestimmten Schweregrad des Krankheitsgeschehens hin. Dies gilt auch für die vom Z.____ Gutachter vorgenommene Spezifizierung einer gemischten Persönlich - keitsstörung mit vor allem histrionischen und abhängigen Anteilen (ICD-10 F61.0), was lediglich die Art und Weise der gestörten Wesenszüge charakterisiert.

Bei der von beiden psychiatrischen Gutachtern diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) stehen g emäss den diagnostischen Kriterien nach ICD-10 -GM

(German Modification ; abrufbar unter www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/ und www.icd-code.de ; vgl. auch BGE 143 V 418 E. 5.1 mit Hinweis) seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen

im Vordergrund , die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen . Damit geben die diagnoserelevanten Befunde keine Hinweise auf den Schweregrad des Krankheitsgeschehens

(vgl. BGE 143 V 418 E. 4.2 und E. 5.1) . Vielmehr sind die funktionellen Auswirkungen der Schmerzen relevant für die Stellung der Diagnose. Der Z.____ -Gutachter erklärte zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde allerdings, dass die Schmerzkrankheit beim Beschwerdeführer als mittelgradig bis schwer zu qualifizieren sei (Urk. 8/66/38) und stellte dementsprechend die Diagnose einer schweren chronischen Schmerzstörung mit

somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 ; Urk. 8/66/36) .

Somit ist nicht auszuschliessen, dass die diagnostizierten Krankheitsbilder insbesondere in ihrer Wechselwirkung und der Gesamtbetrachtung auf eine nicht mehr leichte psychische Erkrankung hin deuten , die grundsätzlich invalidisierend sein kann (BGE 143 V 418 E. 5.2.2).

Entscheidend und daher im Folgenden zusätzlich zu prüfen

ist , ob nach den übrigen Standardindikatoren auf einen funktionellen Schweregrad der psychischen Störung zu schliessen ist, der sich nach dessen konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach beurteilt, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen dadurch bedingt beeinträchtigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 5.2.3). 4 .3.3

Betreffend den Schweregradindikator des Behandlungserfolges oder der Behandlungsresistenz (Verlauf und Ausgang von Therapien) im Hinblick auf den Schweregrad der Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2) ist den Akten zu entnehmen , dass nach dem Unfall vom 31. Mai 2006 mit Kontusion des rechten Ellbogens und arthroskopischer Operation (Urk. 8/44/13)

eine somatische Behandlung erfolgt e (Urk. 8/ 44/13) .

Während der stationären Rehabilitationsbehandlung in der Rehaklinik E.____

vom März 2007 konnte

gemäss dem Austrittsbericht vom 20. April 2007

eine ausführliche psychosomatische Exploration aus Zeitgründen nicht stattfinden (Urk. 8/44/15). Als damals aktuelle Problematik wurde festgehalten, es habe ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster im Sinne einer Symptomausweitung mit dysphorisch gefärbtem Verhalten mit mutmasslich bewusstseinsnahen Anteilen bestanden (Urk. 8/44/13). Eine Diagnose aus psychiatrischer Sicht wurde nicht gestellt und auch keine psychiatrische Behandlung empfohlen .

In den Jahren nach dem Unfall vom 15. Februar 2013 liess sich der Beschwerdeführer bis Ende 2016 ebenfalls

von seinem Hausarzt und von somatischen Spezialisten behandeln (Urk. 8/38/169-171, Urk. 8/38/183-186, Urk. 8/44-46). Gemäss dem Bericht vom 7. Juli 2014 zur stationären (somatische) Rehabilitationsbehandlung vom Mai 2014 in der Rehaklinik G.____ wurde diese vorzeitig abgebrochen , da ein nur geringes Reha-Potential bestanden habe, der Beschwerdeführer sehr langsame Fortschritte gemacht habe und aktive Therapien kaum möglich gewesen seien (Urk. 8/44/10-12).

Der Beschwerdeführer nahm erstmals im Januar 2017 eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung auf, und zwar bei Dr. med.

B.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und der Psychotherapeutin H.____ (Urk. 8/82, Urk. 8/86, Urk. 8/101). Dies erst, aber immerhin nachdem die Z.____ - Gutachter im Gutachten vom 5. August 2016 ausgeführt hatten , dass eine psychotherapeutische Behandlung bisher noch nicht eingeleitet worden sei und eine solche

aus gutachterlicher Sicht empfohlen werde (somatisch seien keine Therapieoptionen vernachlässigt worden, Urk. 8/66/19), und nachdem die Beschwerdegegnerin

daraufhin de n

Beschwerdeführer

mit Schreiben vom 10. November 2016 auf die Leistungsrelevanz seiner Mitwirkungspflicht hingewiesen sowie zur Durchführung einer psychiatrischen Behandlung

aufgefordert hatte (Urk. 8/71). In den Berichten vom 9. Mai 2017 und vom 2. Februar 2018 erklärte Dr. B.____, angesichts des chronifizierten Verlaufs und den persönlichkeitsbedingten eingeschränkten Ressourcen müsse der Erfolg der psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen skeptisch beurteilt werden (Urk. 8/86/4, Urk. 8/101/4). Ihrem Bericht vom 29. Januar 2020 ist zudem zu entnehmen, im Jahr 2017 seien insgesamt 17 Termine, im Jahr 2018 insgesamt 10 Termine und im Jahr 2019 insgesamt 9 Termine wahrgenommen worden (Urk. 3/3 S. 2). Dr. B.____ führte weiter aus, bei einer solchen wie vorliegenden schweren und chronifizierten Schmerzsymptomatik könne kaum von einer schnellen und substantiellen Veränderung ausgegangen werden. Daher sei die Behandlung nach einer ersten, intensiveren Therapiephase auch aus ökonomischen Gründen auf monatliche Sitzungen reduziert worden (Urk. 3/3 S. 1). Die MEDAS-Gutachter hielt im Gutachten vom 15. Oktober 2018 zum Behandlungsverlauf fest, der bisherige Verlauf sei ungünstig gewesen; alle therapeutischen Massnahmen aus dem psychologischen Repertoire hätten höchstens zu minimalen Verbesserungen geführt. Der Zustand sei weitestgehend chronifiziert und es würde erstaunen, wenn der Beschwerdeführer jemals wieder in den Arbeitsprozess integriert werden könnte. In der Regel würden solche Störungen nach dem Beginn der Chronifizierung, nach den ersten Monaten der erfolglosen Therapie frustriert verlaufen. Auch eine Intensivierung der ambulanten Psychotherapie und eine stationäre psychiatrische Behandlung würden daran wenig ändern. Seinem inneren Bild des Krankheitsverlaufes entsprechend werde er nie mehr Lohnarbeit verrichten und eine solche Prophezeiung erfülle sich oft, auch wenn sie unbewusst zustande gekommen sei. Therapeutisch sei bei chronifizierter Schmerzsymptomatik ein multimodaler Therapieansatz unter stationären Bedingungen eines hierfür spezialisierten Zentrums und Einbezug eines zentralen schmerzmodulierenden beziehungsweise schmerzdistanzierenden Therapieansatzes zu empfehlen. Notwendig seien ausserdem gezielte rücken stabilisierende physiotherapeutische Massnahmen. Auch eine Gewichtsreduktion könnte sich günstig auf die Schmerzsymptomatik auswirken. Von einer deutlichen Verbesserung respektive günstigen Prognose würden sie jedoch nicht ausgehen (Urk. 8/118/32 -33).

Damit steht allein fest, dass bei chronischem Verlauf der Schmerzstörung mit depressiver Störung und auffälliger Persönlichkeit (Urk. 8/66/17) bis Ende 2016

keine optimal durchgeführte Therapie stattfand und eine psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie grundsätzlich bereits vor Januar 2017 hätte aufgenommen werden können. Dies insbesondere, nachdem der Hausarzt Dr. med. I.____,

der den Beschwerdeführer ab März 2013 behandelt hat, im Bericht vom 7. Dezember 2015 nebst den somatischen Leiden die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer Depression gestellt (Urk. 8/44/1) und erklärt

hatte, es sei möglich, dass zusätzlich eine Somatisierungsstörung bestehe (Urk. 8/44/5).

Allerdings hat der Beschwerdeführer eine psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie im Januar 2017 schliesslich aufgenommen, ohne dass eine solche eine wesentliche Besserung der Beschwerden und Erhöhung des Leistungsniveaus bewirkt hätte. Gemäss der Einschätzung der

MEDAS-Gutachter ist

aufgrund der Chronifizierung eine Verbesserung des Krankheitsbildes

auch mit einer Intensivierung der ambulanten Psychotherapie und einer stationären psychiatrischen Behandlung nicht wahrscheinlich (Urk. 8/118/32). Die Ausführungen der Beschwerdeführerin im angefochtenen Entscheid, die Therapieresistenz sei nicht nachvollziehbar, da die Therapie niederschwellig durchgeführt und erst nach dem Vorbescheid aufgenommen worden sei (Urk. 2 S. 3), greifen daher zu kurz. Der psychiatrische MEDAS-Gutachter stellte denn auch eine Fixierung auf einen Zustand fest, der sich kaum mehr überwinden lasse und der sich weitestgehend als therapieresistent erweise (Urk. 8/118/28).

Aufgrund des anhaltenden Charakters (im Sinne der akzentuierten Persönlichkeitszüge) und der Chronifizierung seien die Ressourcen zur Befundverbesserung erschöpft (Urk. 8/118/48). Dies entspricht im Wesentlichen - zumindest in prognostischer Hinsicht - auch der Einschätzung der Z. ___ -Gutachter, welche die Prognose aus psychiatrischer Sicht angesichts der bereits fortgeschrittenen Chronifizierung als eher ungünstig bezeichneten (Urk. 8/66/15), worauf sinngemäss auch die behandelnde Psychiatrin schloss (Urk. 3/3 S. 1, Urk. 8/86/4, Urk. 8/101/4).

Ausserdem wurde im Z. ___ -Gutachten gleichermassen auf die dabei problematische Wirkung der Persönlichkeitsstörung hingewiesen, welche die Bearbeitung der Defizite verhindere (Urk. 8/66/17, Urk. 8/66/38). Der Optimierung der Therapiemöglichkeiten und der damit zu erwartenden günstigen Beeinflussung des Schmerzsyndroms steht somit die mehrjährige Chronifizierung der Beschwerden mit massiver Fokussierung und starrem Krankheitskonzept bei gleichzeitig bestehender depressiver Auslenkung und beeinträchtigter Persönlichkeit (Urk. 8/66/37)

entgegen. Insofern ist eine weitgehende Behandlungsresistenz im Hinblick auf den Schweregrad der Gesundheitsschädigung zu bejahen und von einem zumindest teilweisen Scheitern der ambulanten und stationären Therapien auszugehen.

Daran vermag im Übrigen entgegen der Ansicht der

Beschwerdeführerin

(Urk. 2 S. 3) nichts zu ändern, dass der gutachterliche Bluttest einen tiefen Tramadolspiegel (Tramal) ergab (Urk. 8/118/25). Denn dabei handelt es sich lediglich um eines von mehreren Schmerzmedikamenten des

Beschwerdeführers

und dieses wurde zudem als (opioides) Medikament «in Reserve» ohne bestimmte Einnahmezeiten aufgeführt (Urk. 8/118/25), was den tiefen Tramadolspiegel erklärt.

E. 015

ein Invalideneinkommen von Fr. 31'323.75 (Fr. 33'323.15 x 0,94). 5.3 Gemessen am Valideneinkommen im Jahr 2015 von Fr. 66'463.20 führt dies zu einer Einbusse von Fr. 35'139.45 (Fr. 66'463.20 - Fr. 31'323.75) was einem Invaliditätsgrad von gerundet 53 % entspricht. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG begründet dies den Anspruch auf eine halbe Rente ab dem 1. Dezember 2015.

Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 21. Januar

E. 20

(Urk. 2) ist mit dieser Feststellung aufzuheben. 6.

6.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 1'000.- anzu setzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzu erlegen. 6.2

Der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Noëlle Cerletti, Bülach, steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen sowie unter Berücksichtigung der Honorarnote vom 15. September 2020 (Urk. 21) fest zusetzen ist.

In der Honorarnote ist ein Aufwand vom 23. Januar bis 15. September 2020 von insgesamt 13.3 Stunden und von Fr. 111.70 Barauslagen mit einem Gesamtbetrag von Fr. 4'131.05 aufgeführt (Urk. 17). Dabei wurde ein Stundenansatz von durchgehend Fr. 280.-- verwendet (Fr. 3'724.-- : 13.3 h), der auf den gerichtsüblichen Ansatz von Fr. 220.-- herabzusetzen ist, der auch im Falle eines Obsiegens gilt, womit eine Prozessentschädigung von Fr. 3'271.60 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer von 7.7 %) resultiert und zuzusprechen ist ([13.3 Stunden x Fr. 220.-] + Fr. 111.70 + Fr. 233.90 [7.7 % von Fr. 3'037.7]). Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom

E. 21

Januar 2020 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine halbe Rente ab dem 1. Dezember 2015 hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Noëlle Cerletti, Bülach, eine Prozessentschädigung von Fr. 3'271.60 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 11/2 - AXA Leben AG - 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 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, zu stellen.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrHartmann

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