

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00296 vom 3. November 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00296](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00296)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00296 du 3 novembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00296 del 3 novembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 19 79, war zuletzt seit dem 3. November 2014 in der Y.\_\_\_\_ AG, Z.\_\_\_\_, als Produktions-Mitarbeiter tätig, wobei der letzte effektive Arbeitstag am 13. Mai 2018 war (Urk. 11/17, Urk. 11/39 Ziff. 2.1-2), und meldete sich am 18. Mai 2018 unter Hinweis auf seit Februar 2016 bestehende Ellbogenschmerzen (Epicondylitis

radialis) und eine im Oktober 2013 erfolgte Handoperation bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug

an (Urk. 11/18 Ziff. 6.1-2).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die beruflich-erwerbliche und die medizinische Situation ab, zog die Akten der Suva (Urk. 11/35, Urk. 11/43, Urk. 11/48)

bei und veranlasste bei der MEDAS A.\_\_\_\_ ein interdisziplinäres Gutachten, welches am 5. August 2020 (Urk. 11/80) erstattet wurde. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/87; Urk. 11/88, Urk. 11/92) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. März 2021 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheides eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden. 1.

### **E. 1.3**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (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).

#### **E. 1.4**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

#### **E. 1.5**

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 aus geglichener 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. 1.6**

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

#### **E. 2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass gemäss dem Gutachten der MEDAS A. \_\_\_ beim Beschwerdeführer zwar diverse Krankheitsbilder vorlägen, welche sich jedoch nicht auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit auswirkten. Lediglich nach der Operation habe eine kurzfristige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Sämtliche Tätigkeiten seien ihm deshalb weiterhin zumutbar, und er könne ein rentenaus-schliessendes Einkommen erzielen. Die im Einspracheverfahren eingegangenen medizinischen Berichte brächten aus rheumatologischer Sicht keine neuen, unbekanntem medizinischen Tatsachen hervor, die am Ergebnis des Gutachtens zweifeln liessen. Die Ausführungen der Psychologin seien aus versicherungsmedizinischer Sicht eine andere Beurteilung derselben medizinischen Tatsachen. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt, und der Beschwerdeführer könne sich ans Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) wenden (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass auf das Gutachten vom 5. August 2020 nicht abgestellt werden könne, insbesondere nicht auf das rheumatologische Teilgutachten. So habe sein behandelnder Arzt ausgeführt, dass die Rheumatologin nicht mit seinem Krankheitsbild vertraut sei. Sein chronifiziertes Schmerzsyndrom sei nicht gewürdigt worden (S.

4 Ziff. 1, S. 6 Ziff. 3). Auch habe sein behandelnder Arzt ausgeführt, dass im gesamten Behandlungszeitraum keine Inkonsistenzen aufgefallen und sein hoher Leidensdruck und sein Verhalten absolut glaubwürdig seien (S. 5 Mitte). Er sei auf Dauer in hohem Masse in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, und selbst in einer leichten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 20 % bis 40 % (S. 5 unten). Auch seine behandelnde Psychologin sei mit dem teilpsychiatrischen Gutachten nicht einverstanden (S. 5 Ziff. 2). Es sei auf die Einschätzung durch die behandelnden Ärzte abzustellen und ihm folglich eine ganze Invalidenrente auszurichten (S. 6 Ziff. 3). Sollte es sein Gesundheitszustand erlauben, sei er daran interessiert, an beruflichen Massnahmen, insbesondere an einem Belastbarkeits- und Aufbautraining teilzunehmen (S. 6 Ziff. 4).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 3. 3. 1

Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, C. \_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 31. Januar 2019 (Urk. 11/43/7-8) folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach ventraler Diskektomie C5/6 mit mikrochirurgischen

Foraminotomien beidseits sowie Cage Spondylodese am 13. Dezember 2018 wegen Foraminaenstenosen - Epicondylitis

Dr. B. \_\_\_ führte aus, dass er den Patienten am 30. Januar 2019 untersucht habe. Er habe berichtet, noch starke Nackenschmerzen zu haben sowie Ausstrahlungen in die Arme und

an den bekannten Ellbogenschmerzen beidseits zu leiden . Manchmal würden auch der linken Zeige- und Mittelfinger einschlafen , und er müsse weiterhin starke Schmerzmittel nehmen (S. 1 Mitte) . Dr. B.\_\_\_\_ hielt fest, dass die radiologische Untersuchung der Halswirbelsäule ( HWS ) vom 30. Januar 2019 eine perfekte Stellung des Implantates C5/6 ohne Lockerung und eine leichte Osteochondrose C4/5 gezeigt habe . Es sei im Moment schwer zu erklären , dass beim Patienten weiterhin ein starkes Cervicalsyndrom auch noch mit einer Brachialgie links bestehe . Auf jeden Fall dürfe er sich wieder normal belasten und sollte jetzt in die Physiotherapie gehen (S. 1 unten). Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei bis zum 15. März 2019 verlängert worden (S. 2 oben). 3. 2

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Leitender Arzt, Klinik für Rheumatologie, E.\_\_\_\_ , stellte in seinem Bericht vom 6. November 2019 ( Urk. 11/57/1-3)

in der Hauptsache folgende Diagnosen ( Ziff. 1.2): - chronifiziertes, ausgeprägt funktionell einschränkendes zervikovertebrales und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - Status nach Epicondylitis

radialis

humeri beidseits (Erstmanifestation; EM 2016) - mittelgradige depressive Episode - Vitamin D-Mangel

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, dass der Beschwerdeführer im Rahmen seiner letzten Vorstellung am 16. Oktober 2019 unverändert ausgeprägte Schmerzen zervikal mit Ausstrahlung über die Schultergelenke, zum Teil bis zu den Fingern, zur oberen Brustwirbelsäule ( BWS ) und über den oberen Anteil der Postapertur verlaufend beschrieben habe, dies unabhängig von Belastung. Die maximale Schlafdauer betrage ohne Unterbrechung zwei Stunden. Klinisch zeige sich eine fixiert gehaltene HWS mit massiv eingeschränkter Beweglichkeit sowie ein ausgeprägter Druckschmerz im Schulter-/ Nackenbereich ( Ziff. 1.3). Bei der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiter in einer Bäckerei sei die Leistungsfähigkeit aufgehoben, ebenso in einer angepassten Tätigkeit ( Ziff. 2.1). Der Patient sei familiär durch die Mitbetreuung von zwei Kindern im Alter von drei und fünf Jahren belastet während den Zeiten, in denen die Ehefrau berufstätig sei. Ansonsten hätten im Rahmen der umfassenden psychologischen Evaluation keine weiteren Belastungsfaktoren eruiert werden können . Der Patient befinde sich in einem harmonischen Umfeld ( Ziff. 4.4). 3. 3

Am 5. August 2020 erstatteten Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, Dr. med. G.\_\_\_\_ , Fachärztin für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,

und Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, MEDAS A.\_\_\_\_ , das von der Beschwerdegegnerin veranlasste interdisziplinäre Gutachten ( Urk. 11/80). In ihrer Gesamtbeurteilung konnten die Gutachter keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Produktionsmitarbeiter in einer Bäckerei ) stellen (S. 8 Ziff. 4.2). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein leichtes sensibles Sulcus - Ulnaris -Syndrom links, ohne motorische Mitbeteiligung, ein unspezifisches Zervikalsyndrom , zervikospondylogener Schmerz , und eine nichtauthentische Symptompräsentation im Sinne eines aggravorischen Verhaltens und negativer Antwortverzerrung , eine Polypharmazie, Hinweise für eine Medikamentenincompliance , eine wahrscheinlich pharmatoxisch bedingte leichte Leberwerterhöhung, Hinweise für eine medikamentös behandelte chronische Refluxkrankheit, eine mässige Adipositas

und eine Dyslipidämie . Hinweise für eine entzündliche rheumatische Systemerkrankung oder das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung wurden verneint (S. 8 f. Ziff. 4.2).

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führten die Gutachter aus, dass die Angaben des Beschwerdeführers nicht hinreichend konsistent und nicht plausibel seien. Es könne nur die medizinisch theoretische Arbeitsfähigkeit bewertet werden. Selbst wenn angesichts des Status nach HWS-Operation im Dezember 2018 geringe Restbeschwerden bestehen sollten, so sei die ursprünglich angestammte Tätigkeit (Produktionsmitarbeiter Bäckerei) als körperlich eher leicht zu bewerten. Es seien Gewichte von gelegentlich 5 kg bis allenfalls

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

kg zu bewegen und ansonsten nur leichte manuelle Verrichtungen gefordert gewesen. Es ergäben sich somit keine objektivierbaren Pathologien, welche eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit verhindern sollten. Entsprechend gelte die Arbeitsfähigkeit retrospektiv spätestens etwa drei Monate nach der Operation (Dezember 2018) als wieder gegeben, für zumindest eine leidensadaptierte Tätigkeit, sehr wahrscheinlich sogar für die angestammte Tätigkeit (S. 11 Ziff. 4.7). Mindestens in einer leidensadaptierten Tätigkeit gelte eine ganztägige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungsminderung. Dies gelte gleichermassen auch durchgängig retrospektiv, mit Ausnahme der peri-/postoperativen Zeiten für maximal drei Monate nach der Operation im Dezember 2018 (S. 11 Ziff. 4.8). Die Gutachter führten zusammenfassend aus, dass erhebliche Inkonsistenzen bestünden. Es sei in der Gesamtschau mindestens von einer erheblichen Aggravation (im Verhalten als auch mit negativer Antwortverzerrung) auszugehen . Die Angaben des Beschwerdeführers über eine so gänzlich alle Arbeitstätigkeiten verhindernde Beschwerdesymptomatik könnten nicht objektiviert werden. Es dürfe aber auf erhebliche externe Anreize, so auch einen fortgesetzten Taggeldbezug , hingewiesen werden. Er versorge die Kinder und den Haushalt und fahre Auto, während die Frau nun Nachtschichten arbeite (S. 10 f. Ziff. 4.6) . 3. 4

Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst

( RAD ) , führte in seiner Stellungnahme vom 11. August 2020 ( Urk. 11/84/7-8) aus, dass das umfangreiche Gutachten beweiskräftig und darauf

abzustellen sei . Spätestens drei Monate nach der HWS-Operation am 13. Dezember 2018, das heisse also ab 14. März 2019 ,

bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit von 100 % für eine leidensangepasste Tätigkeit, wahrscheinlich aber auch für die bisherige Tätigkeit.

3. 5

Dr. D.\_\_\_\_

stellte in seinem Bericht vom 27. November 2020 ( Urk. 11/91/ 1-2)

in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 2 Mitte): - chronifiziertes, ausgeprägt funktionell einschränkendes zervikovertebrales und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits

- unter bisherigem Krankheitsverlauf als sekundär anzusehende mittel gradige depressive Episode mit Beginn einer SNRI-Therapie mit Cymbalta im Mai 2019 und T rittico im Juni 2019

Dr. D.\_\_\_\_

hielt fest ,

dass sich der Beschwerdeführer bei ihm seit dem 3. Dezember 2018 in vier- bis sechswöchigen A bständen in ambulanter Behand lung befinde. Infolge Schmerzchronifizierung , verbunden mit ausgeprägter Funktionseinschränkung unter der erfolgten operativen und konservativen Therapie, sei der Patient frühzeitig an die in seiner Abteilung tätige Psychologin K.\_\_\_\_ überwiesen worden . Ihm sei der Patient mit seiner P roblematik bestens vertraut, und alle postoperativen therapeutischen Massnahmen und erweiterten Abklärungen seien von ihm i nitiiert und koordiniert worden. Ebenso seien sämtliche Analgetika und Opiate seit nahezu zwei Jah ren durch ihn rezept iert worden . Im gesamten Zeitraum seien weder durch ihn noch durch die mitinvolvierten Fachdisziplinen Inkonsistenzen hinsichtlich der Beschwerden oder Funktionseinschränkungen des Patienten aufgefallen. Der Beschwerdeführer habe anhaltend die gleichen Beschwerden und Symptome präsentiert und sei in seinem Verhalten absolut glaubwürdig (S. 1 Mitte).

Der Patient leide sicher seit zwei Jahren unter einer chronifizierten Schmerz störung mit dem Vollbild einer Schmerzsensitivierung (S. 1 unten). Alle Lebens bereiche des Beschwerdeführers seien davon betroffen mit massiven Konsequen zen auch für die Ehefrau und die eigenen Kinder. Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, er halte es für zynisch, dass der neurologische Gutachter dem Beschwerdeführer noch einen sekundären Kran kheitsgewinn unterstellen wolle (S. 2 oben). Er erfahre auch durch leichte körperliche Tätigkeiten sowie psychische Stressoren nachvollziehbar eine relevante Schmerzverstärkung und sei hinsichtlich seiner beruflichen Leistungsfähigkeit/Arbeitsfähigkeit in hohem Masse und vermutlich auf Dauer eingeschränkt. Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, dass er den Beschwerdefüh rer in einer leichten Tätigkeit für maximal 20 % bis 40 % arbeitsfähig halte . Zu vermeiden seien insbesondere eine Haltungskonstanz, Hebe- und Tragebelastun gen, Überkopfarbeiten und Zeitdruck. Ein Arbeitsversuch in diesem Pensum müsse überwacht und evaluiert werden, dies umso mehr, als der Patient unter mehrfacher Medikation von Analgetika und Psychopharmaka stehe (S. 2 unten). 3. 6

Dipl. Psych. K.\_\_\_\_ , Klinische Psychologin,

Abteilung für Rheumato logie,

E.\_\_\_\_ , stellte in ihrem Bericht vom 4. Dezember 2020 ( Urk. 11/91/3-9) folgende Diagnosen (S. 5 unten): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45. 4 ) bei - familiärer Belastungssituation - dysfunktionaler Emotionsverarbeitung und emotionalen Konflikten - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - psychische und Verhaltensstörung durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11.2), iatrogen

Dipl. Psych. K.\_\_\_\_ führte aus, das s der Beschwerdeführer seit März 2019 in stützender psychotherapeutischer Behandlung stehe (S. 2 Mitte) . Er nehme die wöchentlichen Psychotherapie-Termine bis heute absolut zuverlässig wa h r (S. 4 unten). Im Rahmen der ambulanten und psychologischen Behandlung sei kein Grund dafür ersichtlich, die medikamentöse Compliance des Beschwerdeführers anzuzweifeln (S. 6 Mitte). Sein Leistungsvermögen sei stark eingeschränkt , und er sei in seiner bisherigen Tätigkeit als

Produktionsmitarbeiter in einer Gross bäckerei nicht mehr einsetzbar. Aus psychologischer Sicht wäre momentan eine 20%ige angepasste Tätigkeit, verteilt auf Nachmittage in körperlich leichter, wechselbelastender Tätigkeit und der Möglichkeit zu kurzen Pausen möglich (S.

6 unten f.).

Anlass für die Zuweisung seien eine Schmerzsensitivierung im Bereich von Nacken, Schultergürtel und Arm links mit Ausweitungstendenz und stark reduzierter Bewegungs- und Belastungstoleranz, eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit und die diesbezügliche Sorge des Patienten, der schmerz bedingte Schlafmangel und seine Hilflosigkeit im Umgang mit Schmerzen gewesen . Auf der psychosozialen Seite sei eine Selbstüberforderungstendenz des Beschwerdeführers bei der Betreuung seiner Kinder beobachtet worden . Die initialen Psychotherapieziele hätten in der Erarbeitung eines biopsychosozialen Schmerzmodells und in der Anwendung von aktiven Selbsthilfe- und Selbstfürsorgestrategien bestanden. So habe der Beschwerdeführer Ablenkung von leichten bis mässigen Schmerzen gefunden zunächst durch den Gang in den geliebten Garten und die Verrichtung leichter Gartenarbeiten sowie durch Besuche von ehemaligen Kollegen. Bei starken Schmerzen habe er mehrheitlich auf naturnahe Entspannungsmöglichkeiten angesprochen (S. 2 Mitte). Leider hätten sich im weiteren Verlauf eine Schmerzgeneralisierung und -ausweitung nicht aufhalten lassen . Als Auslöser komme die Kündigung vom Juni 2019 durch den Arbeitgeber in Betracht. Auch die enttäuschte Hoffnung auf ein schmerzfreieres Leben durch medizinische ambulante und stationäre Behandlungen hätten ihren Teil zur Progression beigetragen (S. 2 unten) . Die Schmerzqualität habe einen quälenden, elektrisierenden oder messerstichartigen Charakter bekommen, und liege morgens bei VAS 8-10 und reduziere sich gegen Mittag auf VAS 6 (S. 3 oben).

Die durch die Erkrankung des Beschwerdeführers zunehmend belastete Ehefrau habe im Frühjahr 2020 selber eine dreimonatige Phase mit Erschöpfung und mehrfach geäusserten Suizidgedanken durchlebt , welche mittlerweile remittiert sei. Zur beiderseitigen Entlastung würden die Kinder vermehrt in Tagesstätten untergebracht und eine aufsuchende Elternhilfe organisiert. Schliesslich habe die Ehefrau des Beschwerdeführers den mutigen Schritt getan, die vom Beschwerdeführer vermittelte Arbeitstätigkeit aufzunehmen. Um sie zu entlasten ,

habe er sie zum Arbeitsplatz transportiert , was er aufgrund der schmerz- und medikationsbedingten Einschränkungen unter Angst getan habe (S. 3 Mitte). Seitdem der Ehefrau Corona-bedingt im Herbst 2020 gekündigt worden und sie zuhause sei, fühle sich der Beschwerdeführer durch ihr inzwischen verstärktes Familienmanagement und durch ihr empathischeres Schmerzverständnis entlastet. Darin könnte ein aufrechterhaltender Faktor der chronischen Schmerzstörung zu sehen sein. Seit der Heirat werde er im Familiären so stark beansprucht, dass er sich zuhause kaum Ruhe verschaffen könne und in der Anwendung von Entspannungsmöglichkeiten gestört werde (S. 3 unten). Die als Hausfrau tätige Ehefrau habe Probleme mit der kulturellen Integration und der Sprache gehabt. Dies habe zu einer Selbstüberforderung des Beschwerdeführers geführt bei seinem Versuch, die innerfamiliären Belastungen aus eigener Kraft zu kompensieren (S.

4 oben). 3.7

Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führten in ihrer Stellungnahme vom 19. Februar

und vom 11. März 2021 (Urk. 11/96/2-3) aus, dass aus versicherungsmedizinisch-somatischer Sicht von rheumatologischer Seite keine neuen oder bislang unbekanntem, organisch-strukturellen, medizinischen Tatsachen vorgebracht würden, welche am Ergebnis der Begutachtung zweifeln liessen und eine erneute Begutachtung erfordern würden. Die psychologischen Ausführungen seien aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht als eine andere Beurteilung derselben medizinischen Tatsachen zu beurteilen. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ vom 5. August 2020 (vorstehend E. 3. 3) davon aus, dass beim Beschwerdeführer

kein aus in validenversicherungsrechtlicher Sicht relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei (vorstehend E. 2.1), dies nach Vorlage des Gutachtens an die RAD-Ärzte Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.4 und E. 3.7). 4.2

Das MEDAS A.\_\_\_\_ - Gutachten vom 5. August 2020 (vorstehend E. 3.3) erfüllt die formalen Beweiswert-Anforderungen (vorstehend E. 1. 5) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden sowie das Verhalten des Beschwerdeführers und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Darüber hinaus leuchtet es auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen. Dies betrifft auch die Feststellungen betreffend das aggravatorische Verhalten

des Beschwerdeführers. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass retrospektiv spätestens drei Monate nach der im Dezember 2018 erfolgten Operation die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wieder

gegeben gewesen sei, für zumindest eine leidensadaptierte Tätigkeit und sehr wahrscheinlich sogar für die angestammte Tätigkeit (vorstehend E. 3.3). 4. 3

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2, je mit Hinweisen). Wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vorn herein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2, Urteil des Bundesgerichts 8C\_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.1 und 9C\_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.2). 4. 4

Inbesondere Dr. F.\_\_\_\_ legte in seinem neurologischen Teilgutachten detailliert dar, aufgrund welcher Faktoren er auf eine Beschwerdeaggravation des Beschwerdeführers schloss. Namentlich geht aus dem Gutachten hervor, dass der Beschwerdeführer ausführte, dass bereits das Hochheben einer Kaffeetasse seine 24 Stunden vorhandenen Schmerzen verstärkte, er seinen Körper nicht im Griff habe und sich aufgrund der Schmerzen nicht konzentrieren könne. Selbst im Sitzen brauche er ein Nackenkissen. Er könne eventuell eine halbe Stunde sitzen, wenn er zum Beispiel mit der eigenen Hand den Nacken stütze (Urk. 11/80/36-56 S. 8 oben). Gleichzeitig führte er jedoch aus, um 4:30 Uhr aufzustehen

um seine Frau, die Nachtschicht arbeite, in der Bäckerei, welche 7 km entfernt sei, mit dem Auto abzuholen; um 05:00 Uhr gingen sie ins Bett und seine Frau stehe um 7:30 auf, um die Kinder parat zu machen (Urk. 11/80/36-56 S. 9 oben). Dr. F.\_\_\_\_ qualifizierte die angegebene Schmerzstärke und die Bewegungseinschränkungen als erheblich diskrepant und mit der Fahreignung nicht vereinbar (Urk. 11/80/36-56 S. 15 oben). Auch wies Dr. F.\_\_\_\_ darauf hin, dass der vom Beschwerdeführer angegebene Schmerzausprägung mit VAS 8/10 ein freundliches, vielfach lächelndes Ausdrucksverhalten entgegengestanden habe. Affektive und auch vegetative Schmerzkorrelate für eine solch hochskalierte Schmerzsymptomatik seien nicht erkennbar und die starr gehaltene HWS-Position aus objektiv neurologischer Sicht nicht erklärbar gewesen. Die vor Dr. F.\_\_\_\_ vorgenommene Einnahme von Lyrica und Novalgin bezeichnete dieser als demonstrativ wirkend (Urk. 11/80/36-56 S. 10 Ziff. 4.1). Darauf hinzu weisen ist, dass die durchgeführte Medikamentenspiegelkontrolle nur sehr geringe oder sogar fehlende Wirkstoffspiegel der angegebenen Analgetika und psychopharmakologischen Medikamente ergab und trotz der ausdrücklichen Bestätigung einer täglichen Medikamenteneinnahme (Urk. 11/80/36-56 S. 10 Ziff. 4.1) daher nicht von einer regelmässigen Medikamenteneinnahme in der angegebenen Höhe ausgegangen werden konnte (Urk. 11/80/36-56 S. 12 Mitte, Urk. 11/80/16 und Urk. 11/80/17-18). Weiter konnte Dr. F.\_\_\_\_ im Rahmen seiner Untersuchung bei vom Beschwerdeführer demonstrierter massiv fixierter Haltung der HWS keinen Muskelhartspann objektivieren. Dr. F.\_\_\_\_ beschrieb sowohl die Trapeziusmuskulatur als auch die paravertebrale zervikale Muskulatur als weich und verschieblich sowohl im Stehen und umso mehr im Liegen. Er verneinte klar das Vorliegen eines pathologischen Muskelhartspannes oder gar von Myogelosen. Er konnte auch keine Druckdolenz in der operierten HWS-Etage feststellen (Urk. 11/80/36-56 S. 11 Mitte, S. 15 Mitte). Daraus schloss Dr. F.\_\_\_\_, dass es sich bei der Limitierung der HWS-Beweglichkeit um eine Selbstlimitierung handle (Urk. 11/80/36-56 S. 16 Ziff. 7.1 unten). Dass Dr. F.\_\_\_\_ in der Gesamtschau die vom Beschwerdeführer auch gegenüber der rheumatologischen

Teilgutachterin Dr. G.\_\_\_\_ angegebenen Schmerzstärke VAS 8/10 ( Urk. 11/80/57-69 S. 5 Ziff. 3.2 Mitte) als unglaubwürdig taxierte ( Urk. 11/80/36-56 S. 15 Mitte), erweist sich als nachvollziehbar. Wie Dr. F.\_\_\_\_ zu Recht bemerkte, spricht t auch für eine Aggravation der Beschwerden, dass sämtliche angewandte Behandlungsmethoden bereits bei der Epicondylitis -Symptomatik laut den Angaben des Beschwerdeführers keine Besserung erbrachten ( Urk. 11/80/36-56 S. 16 Ziff. 7.1, S. 17 oben).

Diskrepanzen zwischen dem Beschwerdevortrag und dem Tagesablauf sowie zwischen Beschwerdevortrag und den im Blutspiegel angegebenen Medikamenten bestätigte auch der psychiatrische Teilgutachter Dr. I.\_\_\_\_ ( Urk. 11/80/93-104 S. 11 Ziff. 7.3).

Anzumerken ist, dass bereits Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 31. Januar 2019 (vorstehend E. 3.1) die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden nach Untersuchung vom 30. Januar 2019 und bildgebender Kontrolle nicht nachvollziehen konnte und ausführte, dass sich der Beschwerdeführer wieder normal belasten sollte. 4.5

An der Schlüssigkeit des MEDAS A.\_\_\_\_ - Gutachtens vermögen, wie die RAD-Ärzte Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 19. Februar und 11. März 2021 (vorstehend E. 3.7) festhielten, auch die Ausführungen der behandelnden Ärzte

Dr. D.\_\_\_\_

vom 27. November 2020 ( vorstehend E. 3. 5 ) und der Psychologin K.\_\_\_\_

vom 4. Dezember 2020 (vorstehend E. 3. 6 ) nichts zu ändern.

Hinsichtlich ihrer Ausführungen gilt es zu berücksichtigen, dass ihre auf trags rechtliche Vertrauensstellung zumindest als hausarztähnlich bezeichnet werden muss, weshalb hier eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung ihrer Berichte angebracht ist (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Abgesehen davon gründete die von Dr. D.\_\_\_\_ und der Psychologin K.\_\_\_\_ erfolgte Einschätzung der lediglich noch vorhandenen geringen respektive aufgehobenen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers

im Wesentlichen darin, dass sie auf seine subjektiven Schmerzangaben abstellten (vgl. vorstehend E. 3.2) , währendem die Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_

diesbezüglich von einer Beschwerdeaggravation ausgingen. Explizit führte Dr. F.\_\_\_\_ zu den Berichten des E.\_\_\_\_ und dem Reha bericht

M.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 11/57/4-10) aus, dass die Inkonsistenzen nicht hinreichend abgeklärt worden seien, obgleich in der Bildgebung keine Ursachen mehr für das geltend gemachte Störungsbild erkennbar gewesen seien und krankheitsfremde Aspekte wie externale Anreize nicht in die Bewertung miteinbezogen worden seien ( Urk. 11/80/36-56 S. 18 unten , S. 19 Ziff. 7.2).

Diese Einschätzung teilte auch die rheumatologische Teilgutachterin Dr. G.\_\_\_\_ ( Urk. 11/80/57-69 S. 11 Ziff. 7.5).

In ihrer zum Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ geübten Kritik blendeten sowohl Dr. D.\_\_\_\_ als auch die Psychologin K.\_\_\_\_ die in der durchgeführten Medikamentenspiegelkontrolle offensichtlich unzureichende bis gar nicht erfolgte Medikamenteneinnahme sowohl hinsichtlich der Analgetika als auch hinsichtlich der Psychopharmaka und die weiteren von

den Gutachtern der MEDAS A.\_\_\_\_ festgestellten Inkonsistenzen vollständig aus. Namentlich scheidet die von der Psychologin K.\_\_\_\_ diagnostizierte psychische und Verhaltensstörung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11.2) bereits daran, dass der Medikamentenspiegel von Oxycodon sowohl anlässlich der Laboruntersuchung vom 25. Mai 2020 als auch vom 18. Juni 2020 nur in Spuren nachweisbar war (vgl. Urk. 11/80/93-104 S. 9 f.). Eine konkrete Stellungnahme hierzu unterblieb, und die behandelnden Fachpersonen führten dagegen lediglich aus, dass der Beschwerdeführer und seine invalidisierenden Schmerzen glaubwürdig seien.

Den Ausführungen von Dipl. Psych. K.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 4. Dezember 2020, wonach der Beschwerdeführer bis heute die einmal wöchentlichen Psychotherapietermine regelmässig wahrnehme, stehen dessen Äusserungen anlässlich der psychiatrischen Begutachtung

durch

Dr. I.\_\_\_\_

entgegen, wo der Beschwerdeführer am Explorationsdatum vom 18. Juni 2020 (Urk. 11/80/93-104 S. 1) angegeben hat, dass die letzte Behandlung bei Dipl. Psych. K.\_\_\_\_

am 18. Februar 2020 stattgefunden habe und der nächste Termin übermorgen sei (Urk. 11/80/93-104 S. 8 oben). Demnach kann von einer regelmässigen psychotherapeutischen Behandlung nicht die Rede sein. Sofern sich diese Regelmässigkeit der psychotherapeutischen Behandlung erst in Anbetracht des sich abzeichnenden negativen Rentenbescheides (Urk. 11/87) eingestellt, ist dies ebenfalls als inkonsistent zu werten (vgl. Urteil des Bundesgericht 9C\_885/2015 vom 13. Januar 2016 E. 2, BGE 141 V 281 E. 4.4.2).

Indem die Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_ die sehr hohe Schmerzangabe des Beschwerdeführers mit VAS 8/10 als unglaubwürdig und sein Verhalten mit der fixierten HWS im Rahmen einer Selbstlimitierung sahen, erklärt sich auch, weshalb sie in ihrem Gutachter weder die Diagnosen von Dr. D.\_\_\_\_ noch jene der Psychologin

K.\_\_\_\_ stützen konnten. Zur nicht fachärztlich erfolgten Diagnostik der Psychologin K.\_\_\_\_ bleibt unabhängig vom vorliegenden Ausschlussgrund einer Aggravation anzumerken, dass sich die von ihr genannten Gründe für den Beginn und die Aufrechterhaltung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), namentlich die im Juni 201

## **E. 9**

E. 3). 5.4

Aus dem vom Beschwerdeführer

ausgefüllten „Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit“ (Urk. 7), sowie den eingereichten Unterlagen (Urk. 8/1-7) ergibt sich folgendes Bild seiner wirtschaftlichen Lage:

Der Beschwerdeführer wie auch seine Ehefrau verfügen mit dem Bezug von Arbeitslosentaggelder über monatliche Einkünfte von insgesamt Fr. 6'506.-- (Urk. 7 S. 3). 5.5

Die Auslagen belaufen sich auf Fr. 1'700.-- für den Grundbetrag für ein Ehepaar zuzüglich jeweils Fr. 400.-- für die beiden Kinder im Alter unter zehn Jahren und Fr. 1'126.-- für die

Miete . Nach Abzug der Prämienverbilligung ( Urk. 8/1/3) zu berücksichtigen sind Krankengrundversicherungsprämien von insgesamt rund Fr. 750.- (Urk. 8/5), ungedeckte Gesundheitskosten im Umfang von insgesamt Fr. 284.-- , nicht belegte spezielle Schulkosten im Umfang von Fr. 332.-- und Auslagen für die Kinderbetreuung im Umfang von Fr. 100.-- (vgl. Urk. 7 S. 4). Nicht zu berücksichtigen sind die vom

Beschwerdeführer nicht weiter belegten Schuldzinsen für Kredite/Darlehen im Umfang von Fr. 16.-- pro Monat sowie monatlich zu bezahlende Steuerschulden, zumal aus den eingereichten Unterlagen nicht hervorgeht, ob diese auch effektiv abbezahlt werden. Zusammen fassend ergeben sich damit Auslagen von Fr. 5'092.-- pro Monat. 5.6

Es stehen somit Einkünfte von

Fr. 6'506.-- Ausgaben von Fr. 5'092.-- gegenüber. Wird davon der gerichtsübliche Freibetrag für ein Ehepaar und zwei Kinder von insgesamt

Fr. 800.-- abgezogen, verbleibt weiter hin ein Einnahmenüberschuss von Fr. 614.-- pro Monat . Der Beschwerdeführer ist damit in der Lage, die anfallenden Gerichtskosten - allenfalls in Ratenzahlungen - innerhalb eines Jahres selbst zu begleichen. Die finanzielle Bedürftigkeit ist folglich nicht auszuweisen. Dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich hätte Sozialhilfe beziehen müssen, wurde nicht belegt (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. IV).

Es erübrigt sich deshalb, das Vorliegen der übrigen Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege zu prüfen. Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung vom 21. April 2021 (Urk. 1 S. 2) ist damit abzuweisen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 21. April 2021 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wird abgewiesen, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

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

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

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