

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00722 vom 24. Februar 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00722](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00722)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00722 du 24 février 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00722 del 24 febbraio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt vor aus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wo bei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des ana log anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen Art. 88a der Ver ord nung über die Invalidenversicherung ( IVV) fest zusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Ren tenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Ab stufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente

(BGE 125 V 413 E.

2d am Ende, 369 E.

2, 113 V 273 E.

1a, 109 V 262 E.

4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E.

3.5). Spricht die Verwaltung der versicher ten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 f. E.

2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügungsweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Ur teil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerz störung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen

notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unverbesserlicher oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352).

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E.

4), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E.

4 am Ende), Chronic

Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E.

2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E.

5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E.

3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet, nicht hingegen, wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer Cancer-related

Fatigue stellt ( BGE 139 V 346

E. 3 mit Hinweisen ).

### **E. 1.3**

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 des

Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

( ATSG ) ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-

ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden

soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein Invalidisieren der psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

#### **E. 1.5**

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung). In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung, BV (BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d).

#### **E. 1.6**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.7**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht.

Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, na mentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder je den falls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufge nommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für

Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heran ge zoge n werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/ aa und bb , vgl. auch BGE 129 V 472 E.

4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standard isier ten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hin weis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu grunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeits zeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

### **E. 1.8**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durch schnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen.

Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass ver sicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwer arbeit ver r ichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durch schnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ur sprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu ei nem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Recht sprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merk male der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszuge hörigkeit, Natio nalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, son dern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhalts punkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesund heit lich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen ver werten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu be gren zen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige be reits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des so ge nannten Leidensabzuges nicht noch mals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

### 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung von einer dem Invaliditätsgrad entsprechenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Ablauf des Wartejahres im November 2003 aus und sprach dem Beschwerdeführer ab 1. November 2003 eine ganze Rente der Invalidenversicherung befristet bis 3 0. Juni 2004 zu.

Gestützt auf das Gutachten des Instituts B.\_\_\_\_

sei ab April 2004 von ei ner Verbesserung des Gesundheitszustandes und einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepasste n , leichte n bis mittelschwere n,

wechselbelastende n Tätigkeit auszugehen . Da durch das Belastbarkeitsprofil keine Einschränkungen im Arbeitsmarkt ausgewiesen seien, verringere sich das massgebende Invalideneinkommen nicht weiter, sodass sich ab diesem Zeitpunkt ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 14 % ergebe.

Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit verwies die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahme des regionalärztlichen Dienstes und führte aus, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem stationären Aufenthalt in der Klinik C.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2003 und der anschliessenden Rehabilitation im Wesentlichen unverändert geblieben sei. Daher sei auch nicht auf andere attestierte Arbeitsunfähigkeiten abzustellen, welche sich nicht mit einer Veränderung des Gesundheitszustandes begründen liessen ( Urk. 2, Urk. 5) . 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dem entgegen, dass

der Rentenanspruch bis Juni 2004 unbestritten sei. Zwar sei ab April 2004 von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen, jedoch habe diese nur zu einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit geführt, nicht

aber zu einer Arbeitsfähigkeit von 100 % wie im Gutachten des Instituts B.\_\_\_\_ attestiert. Dies entspreche auch dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 25. Mai 2010, welches eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 25. Februar 2004 bis Mai 2007 nicht in Frage gestellt und die Sache lediglich zurückgewiesen habe, um die Lücken des

MEDAS -Gutachten s

vor dem 25. Februar 2004 und ab Juni 2007 zu schliessen . Ab Juni 2007 und über den 25. August 2008 hinaus sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit auszugehen . Ab Februar 2009 erweise sich der Sachverhalt sodann aus psychiatrischer Sicht als ungenügend abgeklärt, wes halb diesbezüglich ein Gerichtsgutachten anzuordnen sei. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 25 % ergebe sich ab Juni 2004 ein Invaliditätsgrad von 68 % und ab September 2007 von 55 % . Ab Februar 2009 stehe ihm schliesslich eine ganze Rente zu

( Urk. 1, Urk. 6/135, Urk. 6/141) . 2.3

Die Beigeladene führte aus, dass das eingeholte medizinische Gutachten nachvollziehbar, schlüssig und vollständig sei, wobei die ursprünglich festgestellte zeitliche Lücke nur teilweise geschlossen werden können. Mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer seit Februar 2004, spätestens aber seit April 2004 in angepasster Tätigkeit vollschichtig und ohne vermehrte Pausen arbeiten können . Zu Recht habe die Beschwerdegegnerin seit Juli 2004 einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 14 % festgestellt ( Urk.

## **E. 6**

/89 S. 4 ff.). Nach Eingang der Stellungnahme des Versicherten vom 16. September 2008 (Urk. 6/88) verfügte die IV-Stelle, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 25 %, am 5. Dezember 2008 die Abweisung des Leistungsbegehrens (Urk. 6/90) . Die dagegen am 21. Januar 2009 erhobene Beschwerde ( Urk. 6/93) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 25. Mai 2010 insoweit gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache an die IV-Stelle zur erneuten Abklärung des rheumatologischen und psychiatrischen Gesundheitszustandes zurückwies ( Urk. 6/95).

## E. 10

) antragsgemäss ( Urk. 8) zum Prozess beige ladene Pensionskasse des Be schwerdeführers erstattete am 3. Juni 2013 ihre Stellungnahme ( Urk. 13), welche den Parteien am 6. Juni 2013 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## E. 13

S. 8 , 10 ).

2.4

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab Juli 2004. 3.

3.1

Dem Rückweisungs Urteil des hiesigen Gerichts vom 25. Mai 2010 ( Urk. 6/95) lagen folgende Arzt- und Observationsberichte zu Grunde : 3.2 3.2 .1

Am 22. und 23. Mai 2007 wurde der Beschwerdeführer rheumatologisch, neuro logisch und psychiatrisch untersucht. Gestützt auf die Konsilien von Dr. med. D.\_\_\_\_ , FMH Rheumatologie, vom 16. Juli 2007 (Urk. 6 /55), von Dr. med. E.\_\_\_\_ , FMH Neurologie, vom 25. Mai 2007 (Urk. 6 /56) und von Dr. med. F.\_\_\_\_ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. Mai 2007 (Urk. 6 /57), erstatteten die Ärzte der MEDAS A.\_\_\_\_ am 5. Oktober 2007 nach der Schlussbesprechung vom 13. Juli 2007 ihr Gutachten (Urk. 6 /58) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6 /58 S. 22):

1. chronisches zervikospondylogenes Syndrom links mit residueller

radikulärer Symptomatik bei - Status nach Halswirbelsäule-Distorsionstrauma infolge Heckauffahrung am 11. November 2002 - Status nach Diskektomie C5/6 und C6/7, Spondyloseentfernung zur Dekompression der Nervenwurzel C6 und C7 links sowie Spondylodese C5/6 und C6/7 mit autologem Knochenspan am 14. Oktober 2003 wegen zervikoradikulärem Syndrom C7 links mit Segmentdegenerationen C3-C7, mit Diskushernie C5/6 medial rechts und mit Diskushernie C6/7 beidseits mit osteodiskärer

Foraminalstenose C5/6 und C6/7 rechts - differentialdiagnostisch: residuelles sensibles Ausfallsyndrom C6 und C7 links möglich - leichter Segmentkyphosierung C5-C7 und leichter linkskonvexer Skoliose zervikal - leichter Segmentdegeneration C7/Th1 - Status nach Facettengelenksinfiltration C4/5 und C7/Th1 beidseits April 2004 - Status nach Commotio cerebri und Kontusion des rechten Ellbogens 1998 - sekundäre Dysthymia - sekundäre anhaltende somatoforme Schmerzstörung

2. chronisches lumbovertebragenes Syndrom bei - Fehllhaltung mit Haltungsinsuffizienz, verkürzter Lendenlordose, muskulärer Dysbalance und Adipositas (BMI 30.2) - progredienter Osteochondrose 3.2 .2

Der Rheumatologe Dr. D.\_\_\_\_ hielt fest, dass durch die im Oktober 2003 durchgeführte Diskektomie, Entfernung der Spondylose und Spondylodese eine Besserung der Schmerzirradiation in den linken Arm habe erreicht werden können, nicht jedoch eine Beeinflussung der weiterhin chronisch therapiere fraktären Nackenschmerzen. Einzig auf eine Facettengelenksinfiltration im April 2004 sei vorübergehend eine leichte Schmerzlinderung mit aktenvermerkter Verbesserung der Halswirbelsäulenbeweglichkeit aufgetreten (Urk. 6 /55 S. 8).

Die aktuelle rheumatologische Abklärung weist auf ein chronifiziertes, therapieresistentes

zervikospondylogenes Schmerzsyndrom links mit residueller

radikulärer Symptomatik hin (leichte Trizepsschwäche links, symmetrischer Reflexstatus und nicht dermatombezogene Sensibilitätsstörungen linker Arm und linke Hand ulnar). Aufgrund von Schmerzen und degenerativen Veränderungen weist der Beschwerdeführer eine deutliche Einschränkung der Halswirbelsäulenbeweglichkeit in allen Richtungen auf sowie reaktiv einen ausgeprägten myofaszialen Reizzustand im Bereich der Nacken- und Schulterweichteile. Zudem festzuhalten sei eine Kettentendinose in den linken Arm und statisch eine deutliche Haltungsinsuffizienz mit nur teilweise korrigierbarer, tief nach lumbal gezogener thorakaler Hyperkyphose, Kopfpropulsion und Schulterprotraktion und reaktiver muskulärer Dysbalance. Auf Niveaulendenwirbelsäule präsentiert der Beschwerdeführer ein chronisches lumbovertebräges Schmerzsyndrom mit schmerzbedingt nur leichtgradiger Funktionseinschränkung ohne Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik und ohne Anhalt für eine Segmentinstabilität. Bildgebend seien weder auf Höhe Hals- noch Lendenwirbelsäule direkte oder indirekte Hinweise für eine osteo-diskoligamentäre Läsion zu erkennen. Zusätzlich falle beim Beschwerdeführer ein deutliches und übertrieben anmutendes Schmerzverhalten auf. Das Ausmass der angegebenen, durch nichts zu beeinflussenden und als völlig invalidisierend erlebten Beschwerden könne mit objektivierbaren Befunden nicht in Einklang gebracht werden, und es bestehe diesbezüglich eine Diskrepanz (Urk. 6/55 S. 9).

Aufgrund der Befunde an der operierten Halswirbelsäule bestünden Einschränkungen für schwere körperliche Arbeiten mit Heben von Lasten über 10 kg körperfern und 20 kg körpernah, eine funktionelle Einschränkung bezüglich Arbeitshaltungen mit reklinierter Halswirbelsäule über Kopf oder für langanhaltende Zwangshaltungen in Inklination sowie für gehäuft vorgeneigte oder abgedrehte Arbeitshaltungen mit dem Oberkörper. Aufgrund der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigungen am Bewegungsapparat erachte er den Beschwerdeführer bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit daher als vollumfänglich arbeitsunfähig (Urk. 6/55 S. 10 Ziff. 6.1).

Bezüglich positivem Fähigkeitsprofil sei die versicherte Person imstande, jegliche körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit unter den erwähnten Einschränkungen durchzuführen und zwar in einem Einsatzmuster entsprechend einer Ganztagsarbeit mit verminderter Belastung und vermehrten Pausen. Bezüglich letzteren schätze er, dass solche manchmal notwendig seien, total ein bis drei Stunden täglich pro acht Stunden-Arbeitstag. Für eine der Behinderung angepasste Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der objektivierbaren Befunde auf 70 % zu schätzen (Urk. 6/55 S. 10 Ziff. 6.2).

Der Beschwerdeführer sei gemäss Akten ab dem Unfalldatum vom 11. November 2002 zu 100 % arbeitsunfähig sowie für eine körperlich leichte, adaptierte Arbeit ab dem 26. Februar 2004 zu 50 % arbeitsfähig und ab dem Datum des rheumatologischen Konsiliums vom 23. Mai 2007 zu 70 % arbeitsfähig (Urk. 6/55 S.

10 f. Ziff. 6.3). 3.2.3

Die Neurologin Dr. E. \_\_\_ führte aus, dass möglicherweise ein sensibles Ausfallsyndrom C6/7 bei Status nach Diskushernienoperation bestehe; eine sichere Abgrenzung von der diffusen, etwas

Dermatom C6/7-betonen Sensibilitätsstörung des gesamten linken Armes sei nicht möglich. Weiter leide der Beschwerdeführer an einem zervikozephalen Syndrom mit vegetativen Begleitsymptomen und intermittierendem Schwindel, wahrscheinlich im Rahmen des zervikovertebralen

Syndromes zu interpretieren. Die objektivierbaren neurologischen Störungen träten gegenüber den rheumatologischen Auffälligkeiten in den Hintergrund und wirkten sich nicht limitierend auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 6/56, Urk. 6/58 S. 21). 3.2.4

Im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung legte Dr. F. \_\_\_ dar, dass die aktuellen Werte in den Depressionsskalen unter dem Schwellenwert für eine Depression lägen. Klinisch gebe es jedoch Hinweise auf eine Depression, sodass die Diagnose einer subsyndromalen Depression gestellt werden könne. Aufgrund der durch die chronischen zermürbenden Schmerzen anhaltende Verstimmung passe jedoch die Diagnose einer Dysthymie besser. Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine Angstsymptomatik bestünden nicht. Differentialdiagnostisch sei eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer Schmerz ausweitung zu erwägen; jedoch sei angesichts der eindeutigen Belastungen und eines gewissen Leidensdruckes eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung wesentlich wahrscheinlicher als eine nicht krankheitswertige Symptomausweitung (Urk. 6/57 S. 2 f. Ziff. 5). Was die somatoforme

Schmerzstörung angehe, so seien die Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft, so dass nicht von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren, innerseelischen Verlauf zu sprechen sei (Urk. 6/57 S. 4 Ziff. 6.1).

Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei dringend indiziert; auch sei ein Wechsel bei der antidepressiven Therapie zu erwägen, auf welche der Beschwerdeführer bis anhin nur ungenügend angesprochen habe (Urk. 6/57 S. 4 f. Ziff. 7).

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielt Dr. F. \_\_\_ fest, dass die Dysthymie die Leistungsfähigkeit nur etwa 20 % einschränke. Aufgrund der Depression und der Schmerzen seien sein Antrieb, seine Ausdauer, seine Konzentrationsfähigkeit und sein Selbstvertrauen beeinträchtigt. Er schlafe schlecht, was seine Regeneration erschwere und zu vermehrter Müdigkeit tags überführe. Eine Präsenzzeit von 90 bis 100 % mit vermehrten, kurzen Pausen wäre möglich. Aber seine Leistungen wären im Ausmass von etwa 25 % eingeschränkt. Zusammengefasst sei aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 25 % auszugehen für die bisherige oder eine an die Schmerzen angepasste Tätigkeit. Aufgrund der Akten sei davon auszugehen, dass die Dysthymie etwa 2004 ein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes Ausmass erreicht habe (Urk. 6/57 S. 3 f. Ziff. 6.1-3). 3.2.5

In ihrer zusammenfassenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hielten die Ärzte der MEDAS fest, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten, körperlich schweren Arbeit als Mitarbeiter in der Batteriefabrik nicht mehr arbeitsfähig sei, wobei sich vor allem die rheumatologischen Befunde limitierend auswirkten. Diese Arbeitsunfähigkeit habe gemäss Akten und erhobenen Befunden vom 11. November bis 8. Dezember 2002 100 %, danach bis zum 12. Juni 2003 50 % und danach anhaltend 100 % betragen. Eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit, ohne Arbeitshaltungen mit reklinierter Halswirbelsäule und ohne Zwangshaltungen in Halswirbelsäule-Inklination beziehungsweise mit gehäuft vorgeneigtem oder abgedrehtem Oberkörper, sei dem Beschwerdeführer zu 70 % zumutbar,

auch diesbezüglich erwiesen sich vor allem die rheumatologischen, weniger auch die psychischen Störungen als limitierender Faktor. Dies bezüglich sei aufgrund der Akten ab 26. Februar 2004 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab 13. Juli 2007 - dem Datum der Schlussbesprechung - von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen (Urk. 6 /58 S. 22 f. Ziff. 5.1.-2 und Ziff. 5.4). 3.3

Am 14. Mai 2008 untersuchte Prof. Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychoanalyse, RAD, den Beschwerdeführer und diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit depressiven und psychosomatischen Reaktionen bei vorwiegender Beeinträchtigung angemessener Schmerzverarbeitung und geregelter Bewegungsabläufe (ICD-10 : F43.2 und F44.8) so wie Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung und Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD.10 : Z60.0).

Anlässlich dieser Untersuchung, zu welcher der Beschwerdeführer in Begleitung seiner Frau erschien, führte der Beschwerdeführer zum Tagesablauf, welchen er am 27. Juni 2008 nochmals unterschriftlich bestätigte (Urk. 6 /79), aus, dass er sich ausserstande fühle, ohne seine Frau ausser Haus zu gehen, kein Schweizer deutsch könne und seit dem Unfall von 2002 kaum mehr soziale Kontakte habe. Seine Frau gab an, dass ihr Mann zu Hause kaum aufstehe, meistens schlecht schlafe und laufend über Schmerzen klage; er liege zu Hause praktisch nur auf dem Sofa und müsse immer wieder aus dem Dämmer Schlaf geweckt werden (Urk. 6 /77 S.

1 f. Ziff. 2-3). Der Beschwerdeführer erklärte weiter, dass im Vordergrund der aktuellen Beschwerden die Schmerzen am ganzen Körper, sowohl im Liegen als auch beim Gehen und bei jeder anderen Bewegung stünden, und dass auch die Medikamente keine Linderung brächten; zudem schlafe er schlecht (Urk. 6 /77 S. 2 Ziff. 4).

In seiner Beurteilung hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer in seinem gesamten Verhalten und Erleben auf das Unfallereignis vom November 2002

fixiert sei. Zurzeit finde keine adäquate störungsspezifische psychiatrische Betreuung statt, da der Beschwerdeführer eine solche offenbar abgelehnt habe. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe beim Krankheitsbild ein ausgeprägter verhaltensbestimmender Migrationshintergrund. Insbesondere das Verhalten gegenüber den Ärzten, die Rückzugstendenz und die mangelnde Bereitschaft, sich mit Schmerzbewältigungsstrategien auseinander zu setzen, zeigten die Verhaltens tendenz, sich persönlich und in sozialer Hinsicht in die Rolle des arbeitsfähigen Kranken zu begeben. Versicherungsmedizinisch bestehe aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten und der therapeutischen Verweigerungshaltung zurzeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Vor dem Hintergrund des primären und sekundären Krankheitsgewinns sei hier die kulturellbedingte psychosoziale Komponente als Ursache für die Entstehung des psychischen Krankheitsbildes zu berücksichtigen. Medizintheoretisch sei dennoch eine Restarbeitsfähigkeit von etwa vier Stunden pro Tag zu postulieren, die allerdings erst dann praktisch auszu schöpfen sein werde, wenn eine störungsspezifische therapeutische Intervention stabilisierende Erfolge zeige (Urk. 6 /77 S. 4 Ziff. 14). 3.4

In seiner Stellungnahme vom 11. August 2008 führte Dr. G.\_\_\_\_ nach Sichtung und Beurteilung der Observationsunterlagen aus, dass das darin beobachtete Verhalten im Gegensatz zum beschriebenen und zum vom Beschwerdeführer und seiner Ehefrau selbst geschilderten Beschwerdebild stehe, wobei vor allem die depressiv getönten und schmerzorientierten Verhaltensauffälligkeiten des Beschwerdeführers hervorzuheben

seien. An Widersprüchen seien zu nennen, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, ohne seine Frau nicht ausser Haus gehen zu können, dass er sich in der Untersuchung nicht in der Lage gezeigt habe, in Folge seiner erlebten Schmerzen und der gedrückten Stimmung Auskunft über seine Lebenssituation und seinen inneren Zustand zu geben, und dass er laut eigenen Angaben kein Schweizerdeutsch spreche. Daher stelle sich die Frage nach der willentlich und bewusst gesteuerten Irreführung des Psychiaters während der Untersuchungssituation im Hinblick auf das tatsächlich vorhandene Potential zur angemessenen Schmerzverarbeitung und der Fähigkeit des Beschwerdeführers, ohne Hilfe seiner Ehefrau auf Fragen zu antworten und die eigene Lebensgeschichte vorzutragen. Dieses Verschweigungsszenario sei eingebettet in den spezifischen milieu- und immigrationsbedingten familiären Konflikt Hintergrund. Diese pathologische Familiensituation sei im Untersuchungsbericht beschrieben worden und darüber hinaus in die Diagnosestellung eingegangen. Aus psychiatrischer Sicht sei heute davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit eine in vollem zeitlichen Pensum auszufüllende Arbeitsleistung abverlangt und auch zugemutet werden könne (Urk. 6/89 S. 4 f.) 3.5

Am 25. August 2008 nahm Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, RAD, unter Bezugnahme auf das rheumatologische Konsilium von Dr. D.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2007 sowie auf den Observationsbericht wie folgt Stellung: Aufgrund der gemäss Akten gestellten Diagnosen lägen pathomorphologische Veränderungen der Wirbelsäule vor, welche schwere körperliche Arbeiten wie die zuletzt ausgeübte nicht mehr erlaubten; dafür sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Jedoch sei unter adaptierten Arbeitsbedingungen eine Arbeitsfähigkeit von 100 % anzunehmen. Ein schmerzpausebedingter Zeit- respektive Leistungsabzug, wie noch vor der Observation im obgenannten Gutachten von ein bis drei Stunden vorgeschlagen, erscheine in Anbetracht des vom Versicherten während der Observation gezeigten Leistungsfähigkeit nun nicht mehr gerechtfertigt. Im Belastungs- und Ressourcenprofil würden wechselbelastende Tätigkeiten empfohlen sowie die Vermeidung von Lastenbewegungen körperfern über 10 kg, körpernah über 20 kg, und von gehäuften Rumpfwangstellungen insbesondere in nach vorn gebeugtem Oberkörper sowie Überkopfarbeiten in hyperreklinierter Halswirbelsäule (Urk. 6/89 S.

6) . 3.6

3.6.1

Laut einzelnen Tageseinsatzrapporten des Überwachungsberichts der Firma I.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2008 aus dem Zeitraum vom 22. April bis zum 18. Mai 2008 („Aktion X.\_\_\_\_ Phase 1“, Urk. 6/82/1-9) wurden insbesondere folgende Aktivitäten des Beschwerdeführers beobachtet:

Am 8. Mai 2008 fuhr der Beschwerdeführer mit einem Personenwagen zu einer Wohnliegenschaft in J.\_\_\_\_ und parkierte dort, worauf er nach 40 Minuten in Begleitung von zwei Frauen zurückkam, einstieg und zu sich an den Wohnort fuhr. Dabei öffnete und schloss er die Fahrzeugtür mit der linken Hand, stieg dynamisch ein und aus und behändigte den Sicherheitsgurt problemlos mit der rechten Hand. Lenk- und Blickdynamik waren dynamisch und ohne ersichtliche Einschränkungen, und auch das Parkmanöver war gewandt und ohne ersichtliche Einschränkung der Blicktechnik (Urk. 6/82/7).

Am 18. Mai 2008 fuhr der Beschwerdeführer um 8.45 Uhr zum nahegelegenen Fussballplatz, begrüßte die Mannschaft und war besorgt um die Getränkeflaschen, das

Verbandsmaterial und den Wassereimer. Dabei bückte er sich einige Male nach vorne zu Boden, in die Hocke und drehte den Kopf voll nach links und rechts auf. Den vollen Wassereimer von acht bis zehn Liter hielt er ohne ersichtliche Probleme einhändig links. Darauf verschob er sich zu Fuss, in der linken Hand den Wassereimer und in der rechten Hand eine Sporttasche tragend,

zum Hauptfeld. Vor Ort verteilte er diverse Behältnisse nahe der Auswechsellagerbank. Bei den Vorbereitungsarbeiten ging er erneut diverse Male und dynamisch in die Hocke zu Boden. Beim Aufstehen und Kopfausdrehen waren keinerlei Anzeichen von Schwindel oder Schmerzen erkennbar. Während dem 90 Minuten langen Fussballspiel sowie der Pause stand er mehrheitlich in der Wechselzone, klatschte in die Hände, blickte unzählige Male nach rechts und links und drehte dabei den Kopf voll aus. Zwischendurch pflegte er einen Spieler, indem er zu Boden in die Hocke ging. Die Getränkeflaschen hob er dynamisch auf. Nach dem Spiel - um 11.55 Uhr - sammelte er die am Boden liegenden Flaschen auf, und verschob sich danach, etliche Utensilien tragend, zurück zur Umzieskabine (Urk. 6/82/9). 3.6.2

Laut Überwachungsbericht vom 29. Mai 2008 über den Zeitraum vom 22. bis zum 25. Mai 2008 („Aktion X. Phase 2“) wurden unter anderem folgende Aktivitäten beobachtet (Urk. 6/82/10-17):

Am 23. Mai 2008 stiess der Beschwerdeführer einen Einkaufswagen und lud das Einkaufsgut in den Kofferraum um. Er öffnete die Heckklappe mit der linken Hand und hob den Arm dynamisch über Kopfhöhe. Die Tragtaschen hob er rechts händig und unterstützt mit der linken Hand aus dem Einkaufswagen in den Kofferraum. Die Fahrertür öffnete er mit der linken Hand, drehte den Kopf dabei über die rechte Schulter nach hinten aus, die Blickdynamik links und rechts war voll ausgedreht und die Fahrzeugbedienung gewandt. Beim Ausladen am Wohnort waren keine Einschränkungen oder Anzeichen von Schmerzen ersichtlich (Urk. 6/82/15-16).

Am 25. Mai 2008 begab er sich zur Betreuung der Fussballmannschaft anlässlich eines Meisterschaftsspiels, wobei er die Fahrzeugtüren wiederum mit der linken Hand öffnete und schloss und rechtshändig eine Sporttasche trug. Während der 2.5 Stunden sprang er mit Bällen über den Platz, spielte kurz locker Fussball, bückte sich mehrmals nach Wasserbidons zu Boden, pflegte in der Hocke während der verletzten Spieler, sass oder stand während dem Spiel und gestikulierte dabei oft mit den Händen, blickte locker nach rechts und links dem Spielverlauf nach. Den vollen Wassereimer trug er rechts- und linkshändig. Einschränkungen aufgrund seiner Beschwerden waren nicht ersichtlich (Urk. 6/82/16-17). 4.

#### 4.1

Am 14. Februar 2009 berichteten die Ärzte des Spitals

K.\_\_\_\_\_

über die am Vortag erfolgte Notfallaufnahme des Beschwerdeführers und diagnostizierten eine psychogene Synkope, rezidivierende Thoraxschmerzen und ein chronisches Halswirbelsäulesyndrom (Urk. 6/106/7). Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer auf dem Notfall hyperventiliert und lautstark geweint habe. Kardiopulmonal sei er völlig stabil gewesen und im klinischen Status (Ruhe-EKG, ABGA, Röntgen-Thorax) hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. In der Zusammenschau der Befunde sei am ehesten von einer

psychogenen Synkope bei aussergewöhnlicher

Belastungssituation auszugehen, und der Beschwerdeführer werde in ordentlichem Allgemeinzustand nach Hause entlassen (Urk. 6/106/8). 4.2

Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, nannte in seinem Bericht vom 4. September 2009 folgende Diagnosen (Urk. 6/106/5) : - lumbospondylogenes Syndrom

(LSS) links bei - CT-dokumentiertem BSH auf Höhe des Lendenwirbelkörpers 5/S1 - differentialdiagnostisch seronegatives SPA mit beidseits SIG-Arthritis - HLA B27+ (Urk. 6/106/5-6) - cervikoradikuläres Syndrom (CRS C7) links 2003 bei Status nach HWS-Distorsionstrauma 11/02 - Karpaltunnelsyndrom (CTS) der linken Hand

In der Beurteilung führte Dr. L.\_\_\_\_ aus, dass die Ursache der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden für ihn nicht klar sei: Einerseits bestehe ein Panvertebralsyndrom ohne Tagesrhythmus. Andererseits bestünden linksseitige Schmerzen mit Ausstrahlung in den dorsalen Unterschenkel, die einem lumbospondylogenen -/ radikulären Syndrom entsprächen. Die klinische Untersuchung sei insofern schwierig interpretierbar, als der Beschwerdeführer den Eindruck einer doch beträchtlichen Selbstlimitierung und Verdeutlichung erwecke. Radiologisch sei keine sichere Kompression der neuralen Strukturen ersichtlich. Die im CT beschriebenen Veränderungen würden gut zu einer seronegativen

Spondylarthropathie passen, anamnestisch erfülle er kaum die Kriterien für einen entzündlichen Wirbelsäulenschmerz (Urk. 6/106/6). 4.3

Dr. med. M.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, welcher den Beschwerdeführer seit 2002 hausärztlich betreute (Ziff. 1.2), diagnostizierte mit Bericht vom 29. Oktober 2010 (6/106/1-4) ein chronisches Zervikalsyndrom, ein depressives Zustandsbild und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (Ziff. 1.1). Er führte

aus, dass die Beschwerden mit chronischen Schmerzen im Nackenbereich unverändert bestünden, mit Ausstrahlung in Kopf und beide Arme. Auch bei der Depression sei der Zustand unverändert, mit Lustlosigkeit und Angstsymptomen; eine Ausweitung habe aufgrund des Todes der Ehefrau im August 2010 stattgefunden. Bei der Lendenwirbelsäule lägen lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein vor (Ziff. 1.4).

In angestammter Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 11. November bis zum 8. Dezember 2002, von 50 % vom 9. Dezember 2002 bis 12. Juni 2003 und von 100 % seit 13. Juni 2003 bis auf weiteres. In behinderungsangepasster Tätigkeit seien leichte körperliche Tätigkeiten während vier Stunden pro Tag möglich (Ziff. 1.7). 4.4

Mit Bericht vom 30. Oktober 2010 (Urk. 6/107) nannte Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, welcher den Beschwerdeführer seit dem 5. Februar 2009 psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelte (Ziff.

1.2), folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.1): - mittelschwere depressive Störung, F32.1, bei chronifizierter depressiver Entwicklung (Dysthymie) - chronisches zervikospondylogenes Syndrom - chronisches lumbovertebragenes Syndrom

Dr. N.\_\_\_\_ führte aus, dass die Ehefrau des Beschwerdeführers im Herbst 2009 an einem malignen Hirntumor erkrankt sei, verschiedene Operationen und Chemotherapie

durchlaufen habe, zu Hause von der Familie gepflegt worden und nach qualvollem Leiden am 27. August 2010 gestorben sei. Seither gehe es dem Beschwerdeführer noch sehr schlecht, er fühle sich einsam, unnützlich, möchte am liebsten auch tot sein. Die Schmerzen seien noch unerträglicher, und er gehe praktisch nicht mehr aus dem Hause. Im Befund hielt Dr. N.\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer leidend wirke, niedergeschlagen, hilflos, überfordert, und erschöpft. Beim Gehen und Sitzen habe er eine Schonhaltung. Er sei allseits orientiert, die kognitiven Funktionen seien kursorisch intakt, er habe einen einfachen Gedankengang und sei thematisch auf die Schmerzsymptomatik eingeengt. Sein Denken sei inhaltlich leicht paranoid anklingend in Bezug auf die Überwachung durch den Detektiv, jedoch bestünden keine Anhaltspunkte für ein psychotisches Geschehen. Die Grundstimmung sei deutlich gedrückt, er habe keine Freude, keine Interessen, sehe keinen Sinn mehr im Weiterleben, seit seine Ehefrau verstorben sei, und er verspüre einen passiven Todeswunsch und leide an Schlafstörungen und Inappetenz ( Ziff. 1.4).

Seit Beginn der Behandlung sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig und werde keine Arbeitsfähigkeit mehr erreichen ( Ziff. 1.6). Eine Tätigkeit im Sinne einer Tagesstruktur in geschütztem Rahmen wäre wünschenswert ( Ziff. 1.7). Seines Erachtens sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis heute und auf längere Sicht infolge der therapieresistenten, chronifizierten Nacken- und Rückenschmerzen, aber auch auf Grund der sich über die Jahre entwickelnden Depression mit ihren einschränkenden psychischen Möglichkeiten nicht mehr gegeben ( Ziff. 1.11). 4.5

#### 4.5.1

Am 9. Februar 2011 wurde der Beschwerdeführer von den Ärzten des Instituts B.\_\_\_\_ untersucht und begutachtet. In ihrem Gutachten vom 30. März 2011 ( Urk. 6/121) nannten sie zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 Ziff. 5) : - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik - Status nach HWS-Distorsionstrauma am 11. November 2002 im Rahmen einer Heckauffahrkollision - Status nach Diskektomie HWK 5/6/7, Entfernung der Spondylodese zur Dekompression der abgehenden Nervenwurzel C6 und C7 links sowie Spondylodese HWK 5/6/7 mit autologem Knochenspan am 14. Oktober 2003

2003 bei Diskushernie HWK 5/6/7 (Klinik C.\_\_\_\_) - radiologisch durchgebaute Spondylodese, Diskusprotrusion HWK 3/4 und HWK 4/5, kein Hinweis für Neurokompression oder Myelopathie (MRI 22. Januar 2009 und 18. November 2010) - Diskusprotrusion LWK 5/SWK 1 ohne klare Zeichen der Neurokompression (CT 21. April 2005 und 29. Juni 2009, MRI 7. Januar 2010)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine Adipositas (BMI 31 kg/m<sup>2</sup>; ICD-10 E66.0). 4.5.2

Im psychiatrischen Teilgutachten hielt Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Beurteilung fest, dass der Beschwerdeführer über therapieresistente Schmerzen klagt, deren Ausmass und subjektive Krankheitsüberzeugung durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivierbar seien. Einen hohen Anteil seines Selbstwertgefühls habe der Beschwerdeführer durch seine Arbeit bezogen, was nach dem Unfall nicht mehr möglich gewesen sei. Auf dem Hintergrund dieser emotionalen Belastungssituation sei die psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden zu sehen und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren. In deren Rahmen

leide der Beschwerdeführer auch unter leichten depressiven Verstimmungen und erhöhter Reizbarkeit; eine eigentliche depressive Störung liege nicht vor. Seit zwei Jahren befinde sich der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung, wobei alle zwei bis vier Wochen ein Gespräch stattfinde (S. 16 Ziff. 4.1.1.2). Der Beschwerdeführer habe eine gute Beziehung sowohl zu seiner im August 2010 an einem Hirntumor verstorbenen Ehefrau gehabt als auch zu seinen beiden Kindern, mit welchen er zusammen lebe. Seit der Überwachung traue er sich eher weniger, nach draussen zu gehen, erledige aber Einkäufe selbstständig, unternehme regelmässig mit Bekannten und Freunden Spaziergänge. Den Tod der Ehefrau habe er noch nicht ganz verarbeitet, und er leide aufgrund der Einstellung der Rentenleistung auch unter wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Angesichts dieser Belastungen sei ein gewisser Lebensüberdruß nachvollziehbar, eine eigentliche Suizidalität bestehe aber nicht. Anlässlich der Untersuchung habe der Beschwerdeführer einen lebhaften Eindruck gemacht und lautstark seinen Ärger über die durchgeführte Observation gezeigt. Die Untersuchung habe aber in entspannter, freundlicher Atmosphäre durchgeführt werden können, und der Beschwerdeführer sei nicht depressiv gewesen. Eine weitere, eigenständige psychiatrische Diagnose könne somit nicht gestellt werden, und die leicht erhöhte Reizbarkeit, die Unzufriedenheit über seine soziale und wirtschaftliche Situation und die geringgradig ausgeprägten Ängste nach der Observation seien im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen (S. 18 f. Ziff. 4.1.4).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Auch retrospektiv fänden sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer mittelgradigen oder schweren depressiven Störung. Im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könnten gelegentlich auftretende leichte, depressive Verstimmungen klassifiziert werden (S. 19 Ziff. 4.1.5-4.1.6).

Entgegen seiner Angaben nehme der Beschwerdeführer die verordneten Antidepressiva gemäss Blutuntersuchungen nur unregelmässig oder gar nicht ein, was ein Hinweis darauf sei, dass er sich nicht besonders depressiv fühle (S. 19 Ziff. 4.1.7). 4.5.3

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im orthopädischen Teilgutachten in der Beurteilung aus, dass auf orthopädischer Ebene folgende Befunde objektivierbar seien: Der ebene Gang sei unauffällig. Unter Berücksichtigung der zervikal erfolgten Spondylodese zeige sich die Wirbelsäule in sämtlichen Abschnitten weitgehend frei beweglich. Der vermehrte Finger-Boden-Abstand werde später durch den Langsitz relativiert, bei welchem der Beschwerdeführer die Fingerspitzen bei gestreckten Kniegelenken ohne jegliche Schmerzäusserung bis an die Malleolen heranzuführen könne. Auch die bei der expliziten Untersuchung der Kopffrotation sehr langsam und eingeschränkt erfolgende Auslenkung werde durch ein freies Bewegungsausmass unter Ablenkung relativiert. An den oberen und unteren Extremitäten bestehe gleichfalls eine freie Beweglichkeit bei guter Kraftentfaltung. Der Beschwerdeführer schildere seine ausgedehnten Beschwerden sehr sprunghaft und diffus, gehe gleichzeitig aber kaum auf präzisierende Nachfragen ein. Aus- und Anziehen sei ohne jegliche Behinderung möglich, und der Beschwerdeführer hebe sowohl aus sitzender als auch stehender Position wiederholt und problemlos Gegenstände vom Boden auf. Bei der Untersuchung der Hüftgelenke in Rückenlage komme es zur stetigen lumbalen Schmerzangabe, und bei Prüfung des Hüftgelenkes zucke der Beschwerdeführer unablässig massiv zusammen. Bei den selben Manövern in sitzender Position mit hängenden Beinen erfolge jedoch nicht die geringste Schmerzäusserung. Vier von fünf Waddell-Zeichen seien

po sitiv (S. 24 Ziff. 4.2.4) .

Auf neurologischer Ebene zeigten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems; eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervens sei klinisch weitestgehend auszuschliessen . Radiologisch zeige sich eine konsolidierte zervikale Spondylodese samt degenerativen Veränderungen der benachbarten Abschnitte, jedoch ohne Hinweis für Myelopathie oder Neurokompression. Auf Höhe des lumbosakralen Überganges bestehe eine im Verlauf unveränderte Diskusprotrusion ohne Zeichen der Neurokompression, Spinalkanalstenose oder höhergradigen degenerativen Veränderung. In Anbetracht der äusserst diffusen Schmerzsymptomatik einerseits und des klinisch objektiv weitestgehend blanden Befundes andererseits werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Zusammenfassend liessen sich die vom Beschwerdeführer angegebenen, äusserst diffusen Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde kaum begründen. Auch die erheblichen Inkonsistenzen, das fehlende Ansprechen auf die nach wie vor durchgeführte Physiotherapie sowie die mittlerweile langdauernde körperliche Schonung seien als massiver Hinweis für eine erhebliche nicht-organische Beschwerdekompone nte anzusehen (S. 25 Ziff. 4.2.4).

In angestammter Tätigkeit als Arbeiter in der Batterieproduktion, bei welcher er Lasten von bis zu 70

kg bewegt habe , sowie in jeder anderen körperlich schweren Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung liege dagegen aus orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Dabei sollten das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie häufige Überkopfmanöver vermieden werden (S. 25 Ziff. 4.2.5). Was den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit angehe, so sei die Einschätzung der MEDAS zu bestätigen, wonach in angestammter Tätigkeit vom 11. November bis zum 8. Dezember 2002 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % , vom 9. Dezember 2002 bis zum 12. Juni 2003 von 50 % und anhaltend ab dem 13. Juni 2003 von 100 % auszugehen sei. Für körperlich leichte Tätigkeiten unter Wechselbelastung sei ab dem 26. Februar 2004 von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % und spätestens sechs Monate nach der am 14. Oktober 2003 erfolgten zervikalen Spondylodese von einer vollen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auszugehen. 2007 sei noch eine Leistungseinbusse von 30 % anerkannt worden, was seit spätestens Juli 2008 mit einer vollen Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten nicht mehr gegeben sei (S. 25 Ziff. 4.2.6). 4.5.4

In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass dem Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht die angestammte wie auch jegliche schwere Tätigkeit bleibend nicht mehr zuzumuten sei, hingegen bestehe in einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % . Medizinische Massnahmen mit Chancen auf eine Ausweitung des zumutbaren Tätigkeitsprofils seien nicht zu empfehlen. Berufliche Massnahmen seien angesichts der fixierten Krankheits- und Invaliditätsüberzeugung des Beschwerdeführers nicht sinnvoll durchführbar (S. 29 Ziff. 6.9).

Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit angehe, so habe aus rein psychiatrischer Sicht ab der polydisziplinären Begutachtung 2007 höchstens eine Arbeitsunfähigkeit von 25 %

bestanden. Sicher ab Gutachtenszeitpunkt, wahrscheinlich seit August 2008 bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Für angepasste Tätigkeiten bestehe aus somatischer Sicht ebenfalls mindestens seit dem 25. August 2008 eine volle Arbeitsfähigkeit, davor sei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % attestiert. Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe mindestens seit dem 13. Juni 2003 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Wie dem Gutachten der MEDAS zu entnehmen sei, habe diese bereits vom 11. November bis zum 8. Dezember 2002 bestanden, und vom 9. Dezember 2002 bis zum 12. Juni 2003 50 % betragen (S. 28 f. Ziff. 6.3). 4. 6

Mit Stellungnahme vom 19. August 2011 (Urk. 6/125 S. 5) führte Dr. H.\_\_\_\_

zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus, dass ab 11. November 2002 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit auszugehen sei. In angepasster Tätigkeit sei vom 11. November bis zum 8. Dezember 2002 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit, vom 9. Dezember 2002 bis zum 12. Juni 2003 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %, vom 13. Juni 2003 bis April 2004 (sechs Monate nach der HWS-Operation) von einer vollen Arbeitsunfähigkeit und ab April 2004 von einer Arbeitsunfähigkeit von 0 % auszugehen. Laut Gutachten des Instituts B.\_\_\_\_ sei sechs Monate nach erfolgter zervikaler Spondylodese von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auszugehen. Die im nachfolgenden Satz enthaltene Ausführung, wo nach noch 2007 30 % Leistungseinbuße anerkannt worden seien, erscheine im Kontext lediglich als Wiedergabe einer fremden Aktennotiz (MEDAS

A.\_\_\_\_ 5. Oktober 2007). 4.7

Mit ergänzender Stellungnahme vom 6. Februar 2012 (Urk. 137) hielt Dr. O.\_\_\_\_ (vorstehend E.

4.5.2) an der Einschätzung fest, wonach beim Beschwerdeführer keine eigentliche depressive Störung mehr nachweisbar und aus psychiatrischer Sicht einzig die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden könne. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung sei eine ausführliche Anamnese aufgenommen und mit dem Beschwerdeführer ausführlich besprochen worden, wie er den Tagesablauf gestaltet. Den Vorwurf, dass die Untersuchung nur 15 Minuten gedauert habe, weise er in aller Form zurück. Demnach sei in einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % zu bestätigen. 4.8

Dr. N.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.4) diagnostizierte mit Schreiben vom 18. Februar 2012 eine mittelschwere depressive Störung (F32.1) bei chronifizierter depressiver Entwicklung (Dysthymie), ein chronisches zervikospondylogenes Syndrom und ein chronisches lumbovertebragenes Syndrom (Urk. 6/139 S. 1). Die über einen längeren Zeitraum anlässlich der Konsultationen erhobene Symptomatik und die Befunde sprächen für eine Depression. Wie Dr. O.\_\_\_\_ zu seiner Beurteilung gekommen sei, sei für ihn nicht nachvollziehbar. Seit August 2011 habe sich der Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert (Urk. 6/139 S. 2). 5. 5.1

Vorab ist zum Urteil des hiesigen Gerichts vom 25. Mai 2010 (Urk. 6/95) festzuhalten, dass darin die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde, damit diese die rheumatologischen und psychiatrischen Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abkläre. Die Rückweisung erfolgte dabei in erster Linie, weil aufgrund des - nach erfolgter Begutachtung - eingereichten

Observationsmaterials erhebliche Zweifel daran bestanden, ob die im Rahmen der Überwachung beobachteten Tätigkeiten des Beschwerdeführers sich in Einklang mit dem von den Gutachtern der MEDAS formulierten Zumutbarkeitsprofil bringen liessen, und weil weder die Filmaufnahmen allein noch die nachträglichen ärztlichen Stellungnahmen dazu eine schlüssige Beurteilung zuließen (Urk. 6/95 S. 16 ff. E. 6).

So wurde insbesondere bei der Würdigung der medizinisch-rheumatologischen Akten (Urk. 6/95 S.

## **E. 17**

E.

6.1) ausgeführt, dass die nachträgliche, ohne eigene Untersuchung des Beschwerdeführers erfolgte Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_\_

für sich allein nicht schlüssig sei, weshalb eine nochmalige Beurteilung durch die MEDAS-Ärzte oder eine weitere rheumatologische Untersuchung unter Berücksichtigung des Observationsmaterials sich als unumgänglich erweise. Die in diesem Zusammenhang angebrachte weitere Erwägung: „Im übrigen blieb die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit im MEDAS-Gutachten in zeitlicher Hinsicht lückenhaft“,

erweist sich lediglich als eine von mehreren Überlegungen, welche im Rahmen der Beweiswürdigung dem Nachweis der insgesamt fehlenden Schlüssigkeit des Gutachtens diene. Daraus hingegen den Umkehrschluss zu ziehen, dass das Gericht für die Zeit vor und nach dieser Lücke auf das MEDAS-Gutachten ausdrücklich abstelle, wie es der Beschwerdeführer für sich ausgelegt haben will, ist nicht angezeigt, denn klarerweise wurde im fraglichen Urteil ein Abstellen auf das MEDAS-Gutachten insgesamt verworfen. Eine diesbezügliche Bindungswirkung ergibt sich damit entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers

(Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 8)

nicht. 5.2

Vorliegend unbestritten ist die Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit von

100 % vom 11. November 2002 bis 8. Dezember 2002, von 50 % ab 9. Dezember 2002 bis 12. Juni 2003 und von 100 % seit dem 13. Juni 2003. Strittig und zu prüfen ist hingegen die Arbeitsfähigkeit und deren Verlauf in angepasster Tätigkeit.

Dr. O.\_\_\_\_\_ gelangte im psychiatrischen Teilgutachten zur Einschätzung, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt sei, auch retrospektiv nicht. Ausser der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei keine psychiatrische Diagnose zu stellen. In diesem Rahmen leide der Beschwerdeführer zwar unter leichten depressiven Verstimmungen und erhöhter Reizbarkeit, eine eigentliche depressive Störung liege aber nicht vor (vorstehend E.

4.5.2). Da von abweichend ging Dr. N.\_\_\_\_\_ von einer mittelschweren depressiven Störung und einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus (vorstehend E. 4.8).

Dr. P.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im orthopädischen Teilgutachten ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik sowie einen massiven Verdacht auf Schmerzausweitung und ging für eine angepasste Tätigkeit von einer zeitlich und

leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus, wo bei sechs Monate nach der am 14. Oktober 2003 er folgten Spondylodese von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen sei (vorstehend E.

4.5.3) . Demgegenüber waren die Gutachter der MEDAS

noch von einer Arbeitsfähigkeit in an gestammter Tätigkeit von 50 % bis zum Zeitpunkt der Begutachtung am 23. Mai 2007 und danach von einer Leistungseinbusse von 30 % ausgegangen ( vorstehend E. 3.2.1 und vorstehend E. 3.2.5 ). 5.3

Die Würdigung der Akten ergibt, dass das Gutachten des Instituts B.\_\_\_\_ vom 30. März 2011 ( Urk. 6/121) und insbesondere das psychiatrische Teilgutachten von Dr. O.\_\_\_\_

( Urk. 6/121 S.

16-20) und das orthopädische Teilgutachten von Dr. P.\_\_\_\_ ( Urk. 6/121 S.

20-26) für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist. Es beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, wurde der Beschwerdeführer doch internistisch (S.

15 f. Ziff. 3.3), psychiatrisch (S.

16 ff. Ziff. 4.1), orthopädisch (S. 20 ff. Ziff. 4.2) und neurologisch (S. 23 Ziff. 4.2.2.2) ausführlich untersucht. Sodann berücksichtigt das Gutachten eingehend die geklagten Beschwerden und setzt sich damit auseinander ( S. 16 ff. Ziff. 4.1.1.2, 4.1.4, 4.1.7;

S.

## **E. 20**

Ziff. 4.1.8, S.

26 Ziff. 4.2.7) . Das Gutachten leuchtet schliesslich in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die vom Gutachter vorgenommenen Schlussfolgerungen werden ausführlich und nachvollziehbar begründet. 5.4

Aus psychiatrischer Sicht beschrieb Dr. O.\_\_\_\_ insbesondere die subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers, den Bezug des Selbstwertgefühls durch die Arbeit, die nach der Renteneinstellung schwierige wirtschaftliche Situation und den noch nicht verarbeiteten Tod der Ehefrau, und er legte schlüssig dar, wie vor dem Hintergrund dieser emotionalen Belastungssituation die psychische Überlagerung der geklagten, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivierbaren Beschwerden zu sehen sei. Angesichts der niedrigen Therapiefrequenz der ambulanten psychiatrischen Behandlung von zwei bis vier Mal pro Monat stattfindenden Gesprächen, der gemäss gutachterlicher Laboruntersuchung inkonsequenten oder gänzlich fehlenden Einnahme der Antidepressiva,

sowie des geschilderten Tagesablaufs und den daraus hervorgehenden, von ihm noch erledigten Aufgaben, erscheint sodann auch die Beurteilung, dass lediglich eine leichte, die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkende, depressive Verstimmung und keine eigenständige psychiatrische Diagnose vorliege, als plausibel (vgl. vorstehend E. 4.5.2) .

Demgegenüber vermag der Bericht von Dr. N.\_\_\_\_

(vorstehend E.

4.4 und E.

4.8)

das Gutachten des Instituts B.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen. Angesichts der von ihm erhobenen Befunde - deutlich gedrückte Grundstimmung, keine Freude, keine Interessen, kein Sinn mehr im Weiterleben, Schlafstörungen und Inappetenz –

er scheint weder die Diagnose einer mittel schweren depressiven Störung noch die daraus resultierende volle Arbeitsunfähigkeit als nach vollziehbar. 5.5

In den Vordergrund treten vielmehr die in allen Berichten geschilderten psychischen und soziokulturellen Faktoren, wie das aus dem Stellenverlust resultierende Gefühl der Nutzlosigkeit, die schwierige finanzielle Situation und der Tod der Ehefrau .

Dass diese für den Beschwerdeführer zweifellos belasten den Umstände zu depressiven Verstimmungszuständen führten, ist zwar nach vollziehbar, doch ist mangels Befunden, welche eine eigenständige Depression mindestens mittleren Grades begründen, davon auszugehen, dass seine psychischen Beschwerden in diesen psychosozialen Faktoren ihre hinreichende Erklärung finden und sich darin erschöpfen. Demnach ist vom Fehlen einer invalidisierenden Depression auszugehen.

Anhaltspunkte für das Vorliegen von Umständen, welche rechtsprechungsgemäss (BGE 130 V 352 , vgl. vorstehend E.

1. 2 ) die diagnostizierte somatoforme Schmerz störung und deren Folgen ausnahmsweise als unüberwindbar erscheinen liessen, sind nicht ersichtlich. Insbesondere liegen weder eine eigenständige psychische Erkrankung vor noch ein sozialer Rückzug oder ein Scheitern konsequent durchgeführter Behandlungen trotz kooperativer Haltung des Beschwerdeführers . Vielmehr erledigt der Beschwerdeführer weiterhin Einkäufe selber und trifft sich mit Freunden und seinen Kindern ( vgl. vorstehend E. 4.5.2, Urk. 6/121 S.

18 f. Ziff. 4.1.4) .

Damit ist gestützt auf die Beurteilung von Dr. O.\_\_\_\_ von einer aus psychiatrischer Sicht bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit angeht, so hielt Dr. O.\_\_\_\_ im Teilgutachten ausdrücklich fest, dass auch retrospektiv vom Fehlen einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Dem ist zuzustimmen: 5.6

Zwar wurde in der

gutachterlichen Gesamtbeurteilung

eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 25 %

seit 2007 genannt. Dabei handelt es sich indessen um eine blosser Wiedergabe der Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_

im MEDAS -Gutachten ( Urk. 6/121 S. 19), welcher diese Einschränkung mit dem Vorliegen einer Dysthymie begründete ( vgl. vorstehend E .

3.2.4 ). Wie bereits dargelegt, vermag eine solche jedoch rechtsprechungsgemäss keine versicherungsrechtlich zu berücksichtigende Arbeitsunfähigkeit zu begründen .

Keine Stütze in den Akten findet sodann der Vorwurf des Beschwerdeführers, wonach nur eine viertelstündige Untersuchung stattgefunden habe ( Urk. 1 S.

11 Ziff. 11), vielmehr deutet die ausführliche Anamnese und Befunderhebung darauf hin, dass eine ausführliche psychiatrische Untersuchung durchgeführt wurde. So dann ist die Frage, ob und welche Zusatzuntersuchungen, darunter insbesondere experimentell-psychologische Verfahren, nebst dem psychiatrischen Explorationsgespräch erforderlich sind, vom Gutachter zu beantworten. So sehen auch die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) in Ziff. 4.3.2.2 vor, dass lediglich bei begründeter Indikation, wie Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder bei schwer objektivierbaren Beschwerden beziehungsweise geklagten Funktionseinbüssen der Einsatz von geeigneten Tests zur Prüfung der Leistungsfähigkeit und auch der Leistungsbereitschaft des Exploranden beziehungsweise der Validität der geklagten Symptome zu prüfen ist. Selbst dann ersetzen jedoch diese Verfahren nicht die gutachterlichen Bemühungen, sondern stellen einen Zusatzbefund dar, der in die Gesamtbeurteilung einbezogen wird. Wurden - wie hier - weder in der psychiatrischen noch in der neurologischen Untersuchung Hinweise für formale oder inhaltliche Denkstörungen oder für kognitive oder mnestiche Defizite oder weitere psychische oder neuropsychologische Funktionsstörungen gefunden ( Urk. 6/121 S.

17 f. Ziff. 4.2.1), so ist der Verzicht auf die Durchführung weiterer Testverfahren entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ( Urk. 1 S.

11) nicht zu beanstanden.

Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass keine versicherungsrechtlich relevante, psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit besteht und eine solche auch retrospektiv nicht bestanden hat . 5. 7

Was die rheumatologische Beurteilung angeht, so legt e

Dr. P. \_\_\_ überzeugend dar, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen, äusserst diffusen Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde kaum begründbar seien, und dass die erheblichen Inkonsistenzen, das fehlende Ansprechen auf Physiotherapie sowie die langdauernde körperliche Schonung ein massiver Hinweis für eine erhebliche nicht-organische Komponente seien ( Urk. 6/121 S. 25 Ziff. 4.2.4, vgl. vorstehend E. 4.5.3). Angesichts dessen erscheint auch seine Einschätzung, wonach aus rheumatologischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auszugehen sei, nachvollziehbar .

Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit

in angepasster Tätigkeit angeht, so trat nach der Operation vom 14. Oktober 2003 unbestrittenermassen eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers ein, wobei beide Parteien gestützt auf den Bericht der Ärzte der Klinik C. \_\_\_

ab dem 26. Februar 2004 übereinstimmend eine Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen . Strittig ist jedoch der weitere Verlauf : Während die Beschwerdegegnerin ab April 2004 von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus geht ( Urk. 2 ) , nimmt der Beschwerdeführer eine Fortdauer der Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab Juni 2007 eine Arbeitsfähigkeit von 70 %

an , dies unter Hinweis auf die echtzeitlichen Berichte der Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ sowie von Dr. Q.\_\_\_\_ , welche die MEDAS -Gutachter bestätigen hätten ( Urk. 1 S.

4 ff. Ziff. 8-10) . Dazu ist Folgendes zu bemerken:

Dr. P.\_\_\_\_

ging spätestens sechs Monate nach der am 14. Oktober 2003 erfolgten zervikalen Spondylodese von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten aus ( Urk. 6/121 S.

### **E. 25**

Ziff. 4.2.6) . Zwar

hielten die Ärzte

der Klinik C.\_\_\_\_

am 26. Februar 2004 eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 %

für „denkbar“ ( Urk. 6/15/5-6) , ebenso gemäss Bericht von Dr. Q.\_\_\_\_

vom 8. Juli 2004 , der dies jedoch nicht näher begründete ( Urk. 6/21 S.

11) . Indessen führten die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ am

2. September 2004 aus , dass sich aufgrund der aktuellen Schmerzüberlagerung gegenwärtig keine verwertbare, definitive Erhebung der physischen Funktionen durchführen lasse, weshalb eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) empfohlen werde ( Urk. 6/16/5-6). Die Durchführung einer EFL ist jedoch nicht aktenkundig .

Sodann stützt sich die

retrospektive Einschätzung der MEDAS -Gutachter

ohne nähere Begründung auf den Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 26. Februar 2004 ( Urk. 6/55 S.

11 oben) , welcher jedoch spätestens seit der Empfehlung einer EFL als überholt gelten musste . Angesichts dieser Aktenlage und in Ermangelung einer für den fraglichen Zeitabschnitt echtzeitlichen Abklärung ist die in Kenntnis aller genannten Arztberichte erfolgte Einschätzung von Dr. P.\_\_\_\_ , wonach sechs Monate postoperativ von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen sei, nicht zu beanstanden und eine Arbeitsunfähigkeit erscheint nicht als überwiegend wahrscheinlich

Auf diese Einschätzung ist demzufolge abzustellen und von einer weiteren Abklärung abzusehen (vorstehend E.

1.5) , zumal eine solche - wiederum - nur aufgrund der bereits bekannten Akten erfolgen könnte .

Auch für den weiteren Verlauf ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen. Was die 2007 von Dr. D.\_\_\_\_ im MEDAS -Gutachten noch zugestandene Leistungseinbusse von 30 % angeht (vorstehend E.

3.2.2) , so hielt Dr. P.\_\_\_\_

in seiner ausführlichen Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen im Teilgutachten dazu lediglich fest, dass

die se Leistungseinbusse spätestens seit Juli 2008 (nach der Observation) nicht mehr gegeben sei. Weiter verwies er auf die Einschätzung durch

Dr. H.\_\_\_\_ ,

wonach in Anbetracht der vom Beschwerdeführer während der Observation vom Mai 2008 gezeigten Leistungsfähigkeit der Pausenbedarf nicht mehr gerechtfertigt sei. Aufgrund seiner eigenen Untersuchung sei dem zuzustimmen, und durch die

genannte Observation werde dies klar unterstützt. Zudem habe die von Dr. D.\_\_\_\_ genannte Trizepsschwäche bereits im gleichentags durchgeführten neurologischen Teilgutachten nicht mehr bestätigt werden können (vorstehend E. 4.5.3). Somit bestätigt e

Dr. P.\_\_\_\_ die geschätzte Leistungseinbusse von 30 %

für die davor liegende Zeit weder ausdrücklich, noch verwarf er sie. Damit bleibt es bei der von ihm im Verlauf angegebenen Einschätzung (Ziff. 4.2.6), wonach spätestens sechs Monate nach der Operation eine volle Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit vorliege. Sämtliche übrigen Angaben zur fraglichen Leistungseinbusse von 30 % sind demgegenüber als blosser Vergleich der Angaben aus dem MEDAS-Gutachten anzusehen. 5.6

Zusammenfassend genügt das Gutachten damit den an ein solches gestellten Anforderungen (vgl. vorstehend E.).

1.4) vollumfänglich, weshalb darauf abzustellen ist. Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem 14. April 2004 in behinderungsangepasster, körperlich leichter bis mittelschwerer

Tätigkeit unter Wechselbelastung, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg und ohne häufige Überkopfmanöver, zu 100 % arbeitsfähig ist. 6.

Aus dem Vergleich des an die Nominallohnentwicklung angepassten Valideneinkommens von gerundet Fr. 72'595.-- (63'310.--

$\times 1.016 \times 1.013 \times 1.009 \times 1.009$

$\times 1.011 \times 1.016 \times 1.022 \times 1.021 \times 1.021$ ) mit dem Invalideneinkommen von gerundet Fr. 62'675.-- nach Berücksichtigung einer vollen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit (12  $\times$  Fr. 4'806.-- : 40  $\times$  41.6

$\times 1.021 \times 1.021$ ) resultiert für das Jahr 2010 eine Lohneinbusse von Fr. 9'920.-- und demnach ein Invaliditätsgrad von gerundet 14 % (Urk. 2). Diese Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/124) ist nicht zu beanstanden, zumal sie den Akten (vgl. Urk. 6/61, Urk. 6/7) und der Rechtslage (vgl. E. 1.6-1.7; Die Volkswirtschaft 06-2011 Tab. B10.2 beziehungsweise 9.2 S. 94 f.);

Die Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2008, LSE, S. 25, Tabelle TA1, Rubrik „Total“, Anforderungsniveau 4, Männer) entspricht. Ausserdem wurde sie nicht bestritten (Urk. 1 S.

14,

Urk.

13 ). Angesichts der Möglichkeit einer vollzeitlichen Tätigkeit steht dem Beschwerdeführer noch eine breite Palette an Tätigkeiten offen, sodass ein Leistungsabzug entgegen seiner Auffassung ( Urk.

1 S. 14 ) nicht zu berücksichtigen ist.

Es ist daher von einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 14 % auszugehen . 7.

Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, wes halb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 8.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69

Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Rechtsanwalt Andreas Gnädinger - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert

### **E. 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, zuzu 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin MosimannGrieder-Martens

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