

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00472 vom 27. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00472

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00472 du 27 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00472 del 27 giugno 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1970 geborene X.____ war seit 1993 mit einem Pensum von 100 % als Magaziner bei der Y.____ angestellt (Urk. 13/10 und Urk. 13/2). Am 23. April 2009 erlitt er infolge eines Sturzes eine Fraktur an der linken Schulter

(Urk. 13/ 9/12-13) und meldete sich am 14. Januar 2010 unter Hinweis auf eine Schulterarthroskopie sowie Verdacht auf eine Algodystrophie an der linken Schulter und am linken Arm bei der Invalidenversicherung z um Leistungsbezug an (Urk. 13/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog unter anderem die Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 13/8, Urk. 13/13, Urk.

13/15, Urk. 13/19 und Urk. 13/24), klärte die erwerblichen sowie medizinischen Verhältnisse ab , veranlasste in der Zeit vom Oktober 2012 bis Januar 2013 sowie vom Juni bis Juli 2013 eine Observation des Versicherten durch die Z.____ (Ermittlungsberichte vom 4. März und 1. Oktober 2013; Urk. 13/66-67) und anschliessend eine poly disziplinäre Begutachtung durch die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS)

A.____ (Expertise vom 6. August 2014; Urk. 13/93/2-69). Nach durchgeführtem Vorbescheid verfahren (Urk. 13/95) wies die IV-Stelle unter Hinweis, dass es an einer einjährigen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % fehle , das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 17. März 2015 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.2) seit zirka 2009 - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45 .0) seit zirka 2009 - Verdacht auf Intelligenzminderung, Erfassung des Intelligenzniveaus aktuell nicht möglich (ICD-10 F79.0), vermutlich langjährig - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Vordiagnose: posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) , gegenwärtig keine aktive PTSD-Symptomatik

Die Ärzte hielten fest, der Beschwerdeführer berichte von Beeinträchtigungserleben und Verfolgungsideen, ein systematischer Wahn sei hingegen nicht auszumachen. Er gebe Halluzinationen im Sinne von Stimmgeräuschen ohne direkten Inhalt (Akoasmen)

an, weitere Halluzinationen oder Ich-Störungen seien indes nicht eruierbar . Ein affektiver Rapport lasse sich nur bedingt herstellen und der Beschwerdeführer erscheine im Affekt ratlos. Er klage über Gefühllosigkeit, eine leichte Affektarmut, Depressivität , Hoffnungslosigkeit, ungerichtete Ängste und Ängste vor fremden Menschen, Dysphorie , Gereiztheit und innere Unruhe. Die Ärzte berichteten weiter von einer deutlichen Reduktion des Antriebs, einem sozialen Rückzug, latenter Aggressivität und einem latenten

Sterbewunsch bei glaubhafter Distanzierung von akuter Eigen- und Fremdgefährdung. Das Rehabilitationspotential des Beschwerdeführers erscheine deutlich eingeschränkt, wobei er über wenige funktionale Bewältigungsstrategien verfüge, was eher zu einer Verfestigung der Symptome führe und die Krankheitsausweitung begünstige. Es bestehe sodann ein Verdacht auf eine Intelligenzminderung, welche bis anhin allerdings nicht weiter eruiert werden können (S. 4).

Die Ärzte gingen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus. Es bestehe eine deutlich reduzierte Belastbarkeit und Problemlösefähigkeit, eine massive Einschränkung der Anpassungsfähigkeit, eine rasche Dekompensation im Rahmen von Stressmomenten sowie Störungen der Aufmerksamkeit, Konzentration und der Auffassung (der Beschwerdeführer könne sich drei Wörter auch über einen kurzen Zeitraum nicht merken und die Vornamen seiner Kinder und der Ehefrau nicht nennen). Unter dem Titel

behinderungsangepasste Tätigkeit hielten die Ärzte fest, dass eine solche aktuell nicht beurteilt werden könne, dass aber allenfalls von einer Teilarbeitsfähigkeit von maximal 50 % im geschützten Rahmen auszugehen sei (S. 5). 3. 2

In dem vom Kranken taggeldversicherer eingeholten psychiatrischen Gutachten der P.____ vom 25. April 2012 (Urk. 13/39) wurden folgende Diagnosen

genannt (S. 10) : - paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

(ICD

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

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. 2

) ersuchte die Beschwerdegegnerin

um Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 18. Juni 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 15). Am 26. August 2015 (Urk. 16) reichte der Beschwerdeführer den Austrittsbericht der

Z.____ (Z.____) vom 8. Juni 2015 (Urk. 17) ein, was der Beschwerdegegnerin am 27. August 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 18). Mit Eingabe vom 29. September 2015 (Urk. 19) legte der Beschwerdeführer das Arbeitsunfähigkeitszeugnis der Z.____ vom 9. September 2015 (Urk. 20) auf.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre leistungsabweisende Verfügung (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer nach seinem Unfall vom 23. April 2009 bis auf die stationären und teilstationären Behandlungsphasen in seiner Tätigkeit als Magaziner nie über 30 % arbeitsunfähig gewesen sei. Somit sei die Grundvoraussetzung der einjährigen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % nicht gegeben. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zudem vollumfänglich arbeitsfähig. Die Beschwerdegegnerin wies weiter darauf hin, dass es sich bei der im Rahmen der Schmerzsymptomatik nach dem Unfall und der psychosozialen Belastungsfaktoren entwickelten depressiven Erkrankung um kein schwerwiegendes psychiatrisches Leiden handle, welches sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, auf das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS

A.____, in welchem eine 70%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werde, sei nicht abzustellen. Vielmehr sei gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50

% auszugehen, eventuell sei ein neues Gutachten einzuholen. Des Weiteren habe sich sein Gesundheitszustand seit Erstattung des Gutachtens wesentlich verschlechtert, so dass schon deshalb die Einholung eines psychiatrischen Ergänzungsgutachtens vonnöten sei (S. 7-13). Schliesslich leide er an einer für ihn unüberwindbaren somatoformen Schmerzstörung, weshalb er zu mindestens 50 % arbeitsunfähig sei (S. 14-16). 3.

E. 3

Die Unfallversicherung erbrachte vorerst die gesetzlichen Leistungen, stellte diese mit Verfügung vom 11. Februar 2011 (Urk. 13/19/1-3) per Ende Februar 2011 ein und lehnte einen Anspruch auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung ab. Mit Einspracheentscheid vom 26. Juli 2011 bestätigte die Unfallversicherung ihren leistungsabweisenden Entscheid, wogegen der Beschwerdeführer Beschwerde erhob, welche das hiesige Gericht mit Urteil vom 8. März 2013 (Prozess UV.2011.00219, Urk. 21) abwies. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

In ihrem Bericht vom 28. März 2012 stellten die Ärzte der Psychiatrischen Universitätsklinik B.____ (B.____) folgende Diagnosen (Urk. 13/36 S. 1 f. Ziff.

E. 3.7

Die Ärzte der Z.____ berichteten am 8. Juni 2015 (Urk. 17) über die erneute

Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 24. März bis 23. April 2015 und führten dabei folgende Diagnosen auf (S. 1): - schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F41.2) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - metabolisches Syndrom - nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) - benigne essentielle Hypertonie - Adipositas - Hypercholesterolemie - Tuberculoplastik und Tenodese der langen Bizepssehne und PAST A

Repair nach Fraktur 2009

Die Ärzte hielten fest, die Konzentration und das Gedächtnis des Beschwerdeführers seien stark beeinträchtigt gewesen. Im formalen Denken sei er verlangsam, umständlich, häufig vorbeirend und schwer zu strukturieren gewesen. Er habe über Verfolgungsideen sowie akustische und optische Halluzinationen (mehrere kommentierende/beschimpfende Stimmen, sich bewegende Bilder an der Wand, schwarz-weiße Bilder

beim Augenschliessen) berichtet, welche er als „ängstlich“ erlebe. Ausgeprägte Wahngelüste und Ich-Erlebnisstörungen seien demgegenüber verneint worden. Im Affekt sei der Beschwerdeführer deutlich gedrückt gewesen und habe teilweise verzweifelt und hoffnungslos geweint. Die Ärzte wiesen darauf hin, der Beschwerdeführer habe eine Vielzahl psychiatrischer Symptome angegeben, wobei neben stark ausgeprägten psychotischen Symptomen eine depressive Symptomatik dominierte. Gegenüber dem Behandlungsteam habe er überdies stets von einem grossen Leidensdruck und Überforderungsgefühlen berichtet. Die Ärzte wiesen schliesslich darauf hin, dass eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis trotz der Angabe mehrerer psychotischer Symptome aufgrund deren intermittierenden und wechselhaften Charakters habe ausgeschlossen werden können, wobei diese Einschätzung auch seitens der behandelnden Psychiaterin Dr. C.____ geteilt werde. 4. 4.1

Vorwegzuschicken ist, dass das Gutachten der MEDAS

A.____ (vgl. E. 3.5) für die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers umfassend ist und auf den erforderlichen Untersuchungen beruht. Besagtes Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben (Urk. 13/93/2-69 S. 2- 28) und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen der Gutachter in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann. Die Gutachter schälten insbesondere die Inkonsistenzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektiven Befunden

respektive dem teilweise gezeigten Verhalten des Beschwerdeführers heraus (Urk. 13/93/2-69 S. 38, S. 52, S. 62 f. und S. 66 f.) und würdigten diese in einleuchtender Weise. Die Gutachterin Dr. med. H.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, legte schlüssig dar, dass die Beschwerden an der linken Schulter sowie der rechten Hand aus orthopädischer Sicht eine geringfügige Leistungsminderung zur Folge haben und der Beschwerdeführer in einer voll adaptierten wechselbelasteten leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist, die übrigen Beschwerden im Bereich des linken Knies, des rechten Hüftgelenks, der LWS und HWS die Arbeitsfähigkeit hingegen nicht beeinträchtigen (S. 53 f. und S. 64 f.). In psychiatrischer Hinsicht beschrieb Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und

Psychotherapie, einleuchtend, dass keine Befunde für eine paranoide Schizophrenie vorliegen, sich beim Beschwerdeführer aber eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein Alkoholabhängigkeitssyndrom sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge entwickelt haben. Dabei zeitigt einzig die depressive Störung Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, weshalb letztere aus psychiatrischer sowie polydisziplinärer Sicht auf 70 % veranschlagt wurde (S. 42 f., S. 45 f., S. 62 f. und S. 64). Das Gutachten erfüllt demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. 4.2

4.2.1

Die gutachterliche Beurteilung der organischen Beschwerden steht im Einklang mit dem Bericht des Kreisarztes Dr. med. J.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, vom 24. Juni 2010 (Urk. 13/15/27-32), welcher keine Hinweise auf eine erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit der linken Schulter feststellte, sowie mit der Einschätzung der Ärzte der Rehaklinik K.____ vom 7. April 2010 (Urk. 13/13/16-19 S. 2 f.), welche von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ausgingen (Urk. 13/15/27-32 S. 2 f.). Zum gleichen Schluss gelangte

Dr. med. L.____, Leitender Arzt Traumatologie des Stadtspitals M.____, in seinem Bericht vom 13. Dezember 2010 (Urk. 13/18/6-7), sowie Dr. med. N.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, und Prof. Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie FMH von der P.____, in ihrem von der

Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers in Auftrag gegebenen Gutachten vom 18. Juni 2011 (Urk. 3/5 S. 10 f.), welche ebenfalls von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgingen. Im Übrigen blieb die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in organischer Sicht seitens des Beschwerdeführers unbestritten. 4.2.2

Die Einschätzung der Gutachter der MEDAS A.____, wonach beim Beschwerdeführer keine paranoide Schizophrenie vorliegt (vgl. E. 3.5), wurde durch die Ärzte der Z.____

bestätigt. Besagte Ärzte schlossen in ihren Berichten vom 7. November 2013, 22. Januar und 8. Juni 2015

unter Hinweis auf die Angabe einer Vielzahl psychotischer Symptome durch den Beschwerdeführer eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis ausdrücklich aus (Urk. 13/110/1-3 S. 2 und Urk. 17 S. 3, vgl. E. 3.6-7). Ebenso wenig ging die behandelnde Psychiaterin Dr. C.____

in ihren Berichten vom

9. Januar 2012 und 29. September 2013

von einer schizophrenen Störung aus (Urk. 13/31 S. 1 Ziff. 1.1 und Urk. 13/59/1-5 S. 1 Ziff. 1.1). Dazu im Widerspruch stehen die vom Krankentaggeldversicherer eingeholten Gutachten der P.____ vom 18. Juni 2011 und 25. April 2012, in welchem die Diagnose einer schizophrenen Psychose respektive paranoiden Schizophrenie gestellt wurden (Urk. 13/39 S. 6 und S. 10). Besagte Diagnose wurde indessen später durch die Gutachter der MEDAS A.____

in einleuchtender Weise ausgeschlossen, welche - im Vergleich zu den Ärzten der P.____ -

aufgrund

der Ermittlungsberichte der Z.____ (Urk. 13/66-67)

über vertiefte Informationen über die alltäglichen Aktivitäten des Beschwerdeführers verfügten .

4.3

4.3.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung . Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislasterentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweiselastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Gemäss dem obgenannten Entscheid des Bundesgerichts führt die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung , wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der - in der Praxis zu wenig beachteten - Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält.

Danach 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 (dazu BGE 140 V 193 E. 3.3) 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 (BGE 131 V 49

E. 1.2). Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294

E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts 8C_438/2015 vom 13. Oktober 2015 E. 6). 4.3.2

Die Gutachter der MEDAS A.____

legten im Gutachten vom 6. August 2014 (Urk. 13/93/2-69)

dar, dass die Angaben des Beschwerdeführers in der psychiatrischen Untersuchung unklar, diskrepanzhaft, wenig plausibel und teils widersprüchlich gewirkt hätten. Sein Verhalten sei ausgeprägt manipulativ, dramatisierend und sehr wechselhaft gewesen, was durch eine psychische Störung nicht zu erklären sei. Zeitweise habe er sehr genaue Angaben machen können (zum Beispiel über die von ihm einzunehmenden Medikamente) und habe dann sehr präsent und situativ adäquat gewirkt, während er in anderen Momenten vorgegeben habe, Daten und Ereignisse vergessen respektive gerade in diesem Moment optische Halluzinationen zu haben. Es hätten sich

weit über Verdeutlichungstendenzen hinausgehende starke Tendenzen von Aggravation gefunden (S. 38 f., S. 46

und S. 66, vgl. auch E. 3.5).

Die Ärzte des Z.____

führten in ihren Berichten vom 23. Februar 2011 und 7. November 2013

aus, der Beschwerdeführer habe teilweise theatralisch gewirkt und habe über Schmerzen im ganzen Körper geklagt, und wiesen zudem auf Aggravationstendenzen hin (Urk. 13/21/6-9 S.

2 f. und Urk. 3/15 S. 3). In ihren Berichten vom 22. Januar und 8. Juni 2015 hielt er sie überdies

fest, der Beschwerdeführer habe von einer Vielzahl von häufig wechselnden Symptomen berichtet, deren Dauer und Häufigkeit er jedoch nicht benennen könne und welche mit seinem Verhalten im stationären Alltag stark kontrastiert hätten. Gegenüber dem Behandlungsteam sei er stets mit einem grossen Leidensdruck aufgetreten, habe sich

indessen

im Verhältnis zu den Mitpatienten gut angepasst (Urk. 13/110/1-3 S. 2 und Urk. 17 , vgl. auch E. 3.6 -7) .

Im Übrigen wiesen

die Ärzte der Rehaklinik K.____ in den Berichten vom
18. März und 7 . April 2010 (Urk. 13/

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten (ex ante betrachtet) beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 133 III 614 E. 5 mit Hinweisen). 6. 2

Die Argumentation des Beschwerdeführers erschöpft sich im Wesentlichen darin, dass nicht auf das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS A.____ abzustellen sei , weil der Gutachter bezüglich Arbeitsfähigkeit zu einem anderen Schluss gekommen sei als andere Ärzte und aufgrund der schlechten Kooperation des Beschwerdeführers nicht in der Lage gewesen sei, eine genaue Diagnose zu stellen , und zudem nach Erstattung des Gutachtens eine wesentliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten sei. Vor dem Hintergrund , dass eine von anderen Ärzten abweichende gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit rechtsprechungsgemäss nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens führt (vgl. E. 4. 5) , die schlechte Kooperation des Beschwerdeführers

auf der aktenkundigen Aggravation fusst und die behauptete gesundheitliche Verschlechterung nicht ausgewiesen ist (vgl. E.

4. 4) , waren die Gewinnaussichten der Beschwerde beträchtlich geringer als die Verlustgefahren. Dies namentlich auch deshalb, weil der Beschwerdeführer seine dokumentierten Ressourcen nicht kommentierte, welche gerade Grundlage der massgebenden ärztlichen Einschätzung waren .

Die Beschwerde ist deshalb als aussichtslos zu bezeichnen und das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung

vom 30. April 2015 (Urk. 1 S. 2) folglich abzuweisen. 6. 3

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 8 00.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht beschliesst: Das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung wird abgewiesen, und erkennt: 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: - Rechtsanwalt Adrian Fiechter - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 20 - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 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 Vorkenntnisse (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 10

F33.1)

Die Ärzte führten aus, es bestünden ausgeprägte Störungen der Ich-Identität und Ich-Realität, akustische und optische Halluzinationen und ein ausgeprägtes paranoides Wahnerleben mit unbegründeten Ängsten und dem Gefühl, angegriffen zu werden.

Während der gesamten Untersuchung hätten sich ausgeprägte Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit sowie des Kurz- und Langzeitgedächtnisses gezeigt, wobei der Beschwerdeführer viele Fragen nicht oder nur unklar beantwortet haben könnte. Gestützt auf die biographischen Angaben und geringe sprachliche Differenziertheit liege eher eine niedrige Intelligenz vor. Bei deutlich reduzierter affektiver Schwingungsfähigkeit hätten sich eine subdepressive bis depressive Stimmungslage sowie ausgeprägte, nicht realitätsbezogene Ängste gezeigt (S. 9/10).

Die Ärzte wiesen sodann darauf hin, dass die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzen im Bereich des linken Arms differentialdiagnostisch im Rahmen der psychiatrischen Erkrankung zu interpretieren seien (S. 14).

Unter dem Titel Arbeitsunfähigkeit hielten die Ärzte fest, der Beschwerdeführer sei sowohl in seiner angestammten wie auch einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, wobei die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zumindest für zwei weitere Jahre nicht wahrscheinlich sei (S. 15 f.). 3.3

Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ging in ihrem Bericht vom 29. September 2013 (Urk. 13/59/1-5)

von folgender Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

aus (S. 1 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), Beginn zirka 2004/2005

Die Ärztin hielt fest, dass seit ihrem letzten Bericht am 9. Januar 2012 (vgl. Urk. 13/31) bis ungefähr Juli/August 2013 praktisch keine Veränderung eingetreten sei. Danach habe sich der Zustand mit vermehrten heftigen Ängsten verschlechtert, so dass auf Initiative der Tagesklinik der B.____ eine Hospitalisation in der Klinik D.____ in E.____ organisiert worden sei. Der Beschwerdeführer sei psychisch schwerfälliger, wobei ein stark verminderter Antrieb bestehe und Auffassung und Konzentration manifest reduziert seien.

Im Gespräch verstehe er vieles erst nach Wiederholung respektive Erklärung und könne die verordneten Medikamente auch bei Vorliegen einer Medikamententabelle nicht einnehmen, sondern benötige dazu einfachste Instruktionen. Die Stimmungslage sei über dies stark depressiv.

Die Ärztin attestierte in der angestammten Tätigkeit

eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 21. Mai 2011 (Beginn der Behandlung). Aufgrund der Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten (Konzentration, Auffassung, Denkfähigkeit und Gedächtnis) und der Antriebshemmung sowie des verminderten Energieniveaus sei das Arbeiten langsam und fehlerhaft und es bestehe eine verminderte Anpassungsfähigkeit (S. 1-2).

3.4

Im Wahrnehmungsbericht der Beschwerdegegnerin vom 29. Januar 2014 (Urk. 13/75) über die Besprechung mit dem Beschwerdeführer vom gleichen Tag wurde ausgeführt, letzterer habe zu Beginn des Gesprächs verwirrt gewirkt. Viele Fragen habe er nicht verstanden und angegeben, sich an nichts zu erinnern. Er habe wiederholt darauf hingewiesen, dass er Angst habe, da sich die Wände bewegten und er alles, was er berühre, als Schlange wahrnehme. Bei verschiedenen Fragen habe der Sohn des Beschwerdeführers übersetzen

und die Fragen erklären

müssen. Die Antwort in Türkisch sei dann vom Sohn auf Deutsch übersetzt worden. Der Beschwerdeführer habe sehr abwesend und zuweilen weinerlich gewirkt und nicht direkt auf die Fragen geantwortet. Eine starke und klar wahrnehmbare Änderung habe das Verhalten des Beschwerdeführers dann erhalten, als man ihm die Ermittlungsberichte der Z.____

(Urk. 13/66-67) eröffnet habe. Die diesbezüglich gestellten Fragen habe er auf Anhieb verstanden und darauf ausführlich und in gutem Deutsch geantwortet. Er habe sehr präsent und fokussiert gewirkt, sich an verschiedene Aktivitäten ausser Haus erinnern können und das Observationsmaterial gleich sichten wollen.

3. 5

In dem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachten der MEDAS A.____ vom 6. August 2014 (Urk. 13/93/2-69) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 57 f.): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Impingement Schulter links bei Bizeps- und Subscapularistendopathie, diskreter subacromialer

Osteophyt und leichte AC-Gelenksarthrose - Status nach arthroskopischer

Tuberculoplastik,

Tenodese der langen Bizepssehne 11.9.2009 - Status nach sekundär dislozierter Tuberculum

majus-Fraktur links nach

Sturz 23.4.2009 - diskrete

Rhizarthrose rechts mit Sekundärarthrose interkarpal MCII ulnarseitig - bei Status nach MC-I-Basistrümmerfraktur rechts offen reponiert mit Spickdraht versorgt 1988 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 33.0/F33.1) - ohne wesentliche Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Epicondylopathie

humeroradialis et ulnaris links - Quadrizeps- und Patellasehnenansatz tendopathie links - initiale Gonarthrose beidseits ohne Funktionsdefizit - Hüftfunktionsstörung rechts bei muskulärer Dysbalance - Osteochondrose und Spondylarthrose L5/S1 - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.1) - Vitamin D3-Mangel - Adipositas Grad II (ICD-10 E66) - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - Hypertriglyzeridämie (ICD-10 E78) - Diabetes mellitus, aktuell HbA1c 7,6 % (ICD-10 E11) - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.24) - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionisch unreifen, emotional instabilen und passivaggressiven Anteilen (ICD-10 Z73.1)

Die Gutachter wiesen darauf hin, dass die Kooperation des Beschwerdeführers bei den einzelnen Untersuchungen schlecht gewesen und der Eindruck entstanden sei, er habe seine Aussagen bewusstseinsnah modifiziert. Der Lebenslauf und die Krankheitsgeschichte hätten deshalb nur aufgrund der Akten und allenfalls teilweise unterstützt durch die aktuellen Angaben eruiert werden können (S. 58).

Der Beschwerdeführer habe während der Exploration scheinbar überwiegend einen Dolmetscher benötigt, wobei er indessen gut in der Lage gewesen sei, seine optischen Halluzinationen auf Deutsch mitzuteilen (S. 60).

Weiter wurde ausgeführt, dass sich der Beschwerdeführer aus allgemein-interneistischer Sicht in einem stabilen Zustand befinde.

Im Zusammenhang mit den Schulterbeschwerden links

bestehe eine mässige Funktionseinschränkung. Dem gegenüber seien die links betonten Kniebeschwerden ohne Funktionsdefizite respektive die Unterarmstreck- und Beugemuskulatur am linken ulnaren und radialen Epicondylus als leichtgradige funktionelle Gesundheitsstörung einzu schätzen. Die Funktionseinschränkungen des rechten Hüftgelenkes bei Innenrotation wiesen auf eine muskuläre Störung hin. Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) seien durch die degenerativen Veränderungen im lumbosakralen Abschnitt erklärbar, wobei keine Hinweise auf eine Radikulopathie bestünden. Ebenso

wenig lägen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) wesentliche degenerative Veränderungen vor, welche zusätzliche projektionsbedingte Schulterschmerzen auslösen könnten (S. 61).

Unter psychiatrischen Gesichtspunkten wiesen die Gutachter darauf hin, dass die vom Beschwerdeführer mitgeteilten Phänomene (namentlich das Bewegen von Wänden und Bildern an den Wänden, Hören von Stimmen), die sich vor dergründig als scheinbare Halluzinationen und Wahnphänomene darstellten, von der restlichen Symptomatik als losgelöst erschienen und sich nicht sinnvoll in ein aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbares diagnostisches Zustandsbild einordnen liessen. Am ehesten erscheine es plausibel, dass sich die depressive Symptomatik einerseits im Rahmen der Schmerzsymptomatik nach dem Unfall und andererseits als Folge von

sozialen Problemen, insbesondere hohen Schulden und weiteren psychosozialen Belastungen, entwickelt habe. Die Begründung im Vorgutachten vom April 2012 (vgl. Urk. 13/39, vgl. E. 3.2) für das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie könne anhand der aktuell erhobenen psychiatrischen Befunde eindeutig nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse der aktuellen psychiatrischen Exploration seien in der Einschätzung der im Rahmen der Begutachtung in Auftrag gegebenen neuropsychologischen Untersuchung (vgl. Urk. 13/93/70-78) bestätigt worden. In den entsprechenden Symptomvalidierungsverfahren hätten sich quantitativ und qualitativ hoch auffällige Befunde gezeigt, welche im Rahmen der in den Akten präsentierten Erkrankung im orthopädischen und/oder psychiatrischen Bereich nicht erklärbar seien.

Die Gutachter wiesen darauf hin, der Beschwerdeführer habe die Mitarbeit bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung überwiegend verweigert, weshalb neben dem Hauptsymptom – der physiologisch nicht mehr zu erklärenden und ausgeweiteten Schmerzsymptomatik – weitere psychische Störungen nicht wirklich sicher hätten eruiert werden könnten. Die Angaben des Beschwerdeführers hätten unklar, diskrepant, wenig plausibel und teils widersprüchlich gewirkt und sein Verhalten sei ausgeprägt manipulativ, dramatisierend und sehr wechselhaft erschienen, was durch eine psychische Störung nicht zu erklären sei. Zeitweilig habe der Beschwerdeführer eine sehr gute Mitarbeit gezeigt und sei sehr konzentriert und fast engagiert gewesen in der Darstellung der aus seiner Sicht

wichtigen Details, welche die Schwere seiner Krankheit unterstreichen würden. Es hätten sich weit über Verdeutlichungstendenzen hinausgehende starke Tendenzen von Aggravation gefunden. Bei schwankendem Leidensdruck hätten seine Angaben, mit denen er aus subjektiver Sicht schwer wiegende psychische Einschränkungen habe verdeutlichen wollen, wenig plausibel und nicht nachvollziehbar gewirkt. Bei der durch physiologische Prozesse nicht zu erklärenden Schmerzsymptomatik sowie auch den weiteren unspezifischen somatoformen Beschwerden sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren, wobei die qualifizierenden Kriterien nach Förster in Bezug auf die Schmerzstörung allenfalls zu einem geringen Teil vorlägen. Eine chronische psychiatrische Begleiterkrankung mit mehrjährigem Verlauf bei unveränderter und progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission liege anhand des aktuellen Untersuchungsbefundes sicherlich nicht vor. Es könne jedoch anhand der Aktenlage davon ausgegangen werden, dass eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik wohl in den letzten Jahren vorgelegen habe. Eine adäquate antidepressive Medikation sei verordnet worden, inwieweit deren regelmässige Einnahme aber stattgefunden habe, könne anhand der lückenhaften Angaben des Beschwerdeführers nicht sicher festgestellt werden. Die aktuell bestimmten Medikamentenspiegel hätten teilweise unter dem therapeutischen Bereich gelegen, was zumindest eine Unregelmässigkeit in der Einnahme belegen könne. Weitere psychische Störungen mit versicherungsmmedizinischer Relevanz, insbesondere eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, seien nicht festgestellt worden (S. 38 f., S. 62 f. und S. 67).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wiesen die Gutachter darauf hin, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Impingementsymptomatik der linken Schulter bei vorhandenem Sehnenreizzustand für Tätigkeiten über Kopf sowie schweres Heben und Tragen von Lasten über 15 kg eingeschränkt sei. Tätigkeiten mit repetitivem Greifen und mit ständigem Griff mit dem rechten Daumen und Zeigefinger seien nicht leidensadaptiert. Zudem seien mit der Hand ausgeführte Stauch- und Stossbelastungen zu vermeiden. Aufgrund der vorliegenden Restbeschwerden im Zusammenhang mit der linken Schulter und der leichtgradigen posttraumatischen Arthrose MC I/II, Rhizarthrose der rechten Hand sei aus orthopädischer Sicht von einer geringfügigen Leistungsminderung von 20 % in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Unter rein psychiatrischen Gesichtspunkten bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 %. Polydisziplinär ergebe sich deshalb eine Arbeitsfähigkeit von 70 % unter Beachtung der erwähnten qualitativen Einschränkungen. Während in

den stationären / teilstationären Behandlungsphasen definitionsgemäss eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden habe, habe in den ambulanten Behandlungsphasen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nie eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 % vorgelegen.

In einer angepassten Tätigkeit gingen die Gutachter in psychiatrischer Hinsicht ebenfalls von einer

30%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Unter orthopädisch-chirurgischen Gesichtspunkten attestierten sie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei als voll adaptierte Tätigkeiten leicht bis mittelschwere Arbeiten ohne ständigen Armeinsatz links, ohne Tätigkeiten über Kopf, ohne schweres Heben und Tragen und ohne fein motorisch repetitive Tätigkeiten mit der rechten Hand mit ständigem Greifen des Daumen-Zeigefingers

zu qualifizieren seien. Als adaptierte Tätigkeiten gälten einfache und angelernte Tätigkeiten, die keine speziell erhöhten Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit oder die Ausdauer stellen, wobei auch die angestammte Tätigkeit als adaptiert einzustufen sei (S. 63 f.).

Die Gutachter hielten schliesslich fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich grundsätzlich verbessert, wobei nie wirklich ein schwerwiegendes psychiatrisches Leiden vorgelegen habe. Aus aktueller psychiatrischer Sicht sei retrospektiv davon auszugehen, dass seit 2010 ein in etwa gleichbleibender psychischer Zustand mit gewissen kurzzeitigen Schwankungen, die jeweils zu kurzen stationären Aufenthalten geführt hätten, vorgelegen habe. Aus orthopädischer Sicht habe sich die Situation betreffend die

Schultererkrankung in geringfügigem Mass verbessert (S. 66). 3. 6

In ihrem Austrittsbericht vom 22. Januar 2015 (Urk. 13/110/1-3) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Z. ___ vom 7. bis 30. Oktober 2014 nannten Dr. med. F. ___, Oberarzt, und med. pract. G. ___, Assistenzarzt, folgende Diagnosen (S. 1): - Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) - benigne essentielle Hypertonie - Adipositas - Tuberculoplastik und Tenodese der langen Bizepssehne und PASTA Repair nach Fraktur 2009

Die Ärzte führten aus, die Konzentration und das Gedächtnis des Beschwerdeführers erschienen mindestens mittelgradig beeinträchtigt, wobei eine genaue Überprüfung nicht möglich gewesen sei. In den explorativen Gesprächen habe er sich im formalen Denken stark auf den abgewiesenen IV-Antrag eingeeengt und vom Behandlungsteam mehrfach eine erneute Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gefordert. Neben stark ausgeprägten psychotischen Symptomen (insbesondere akustische und optische Halluzinationen, Ich-Erlebnisstörungen, wahnhaftes Denken) habe der Beschwerdeführer auch eine depressive Symptomatik, Schlafstörungen, einen Selbstverletzungsdrang, intermittierende suizidale Gedanken, Zwangsgedanken, eine starke psychische Anspannung sowie körperliche Symptome wie Schmerzen in der Schulter, Übelkeit und grippale Symptome erwähnt. Die Ärzte wiesen darauf hin, dass die nur intermittierend vorhandenen und häufig wechselnden Symptome in starkem Widerspruch zum Verhalten des Beschwerdeführers im stationären Alltag gestanden seien. Während er sich im Kontakt mit Mitpatienten adäquat und gut integriert habe, habe er gegenüber dem Behandlungsteam stets einen grossen Leidensdruck angegeben. Es sei sodann mehrfach zu selbstverletzendem Verhalten gekommen und in den Gesprächen habe er wenig Introspektionsfähigkeit gezeigt und sei stark auf eine medikamentöse Therapie fixiert gewesen.

Die Ärzte wiesen weiter darauf hin, dass die Vielzahl der gezeigten psychiatrischen und somatischen Symptome die Stellung einer eindeutigen Diagnose erheblich erschwert habe. Trotz Angabe mehrerer psychotischer Symptome könne aufgrund deren intermittierenden und wechselhaften Charakters eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis weitgehend ausgeschlossen werden. Gestützt auf den chronischen Verlauf der starken Fluktuation der Symptome, auch körperlicher Art, sei die Diagnose einer Somatisierungsstörung gestellt worden. Zudem zeige der Beschwerdeführer eine ängstlich depressive Symptomatik. Differentialdiagnostisch sollte überdies eine histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4) erwogen werden (S. 2).

E. 13

/ 29-33 S. 3 und S. 5), der SUVA- Kreisarzt am 24. Juni 2010 (Urk. 13/15/27-32 S. 5 f.), die Ärzte der Q.____ Klinik am 9. und 24. September 2010 (Urk. 13/19/69-70 und Urk. 13/19/75-77 S. 2) und die Ärzte der B.____ am 7. Oktober 2011 (Urk. 13/28/10-14 S. 4)

auf die Diskrepanz zwischen den demonstrierten physischen Einschränkungen respektive angegebenen Schmerzen und den objektivierbaren pathologischen Befunden hin.

Im Wahrnehmungsbericht der Beschwerdegegnerin vom 29. Januar 2014 sei sodann auf das widersprüchliche Verhalten des Beschwerdeführers hingewiesen worden, wonach er im ersten Teil des Gesprächs betreffend Standortbestimmung abwesend gewirkt, Fragen nicht verstanden habe und teilweise auf eine Übersetzung angewiesen gewesen sei, während er im zweiten Teil betreffend die Observation sehr präsent gewesen sei, die Fragen auf Anhieb verstanden und in gutem Deutsch geantwortet habe (Urk. 13/75 S. 2). 4.3.3

Nach dem Gesagten bestehen aufgrund der Akten klare Hinweise auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geklagten Schmerzen und den erhobenen objektiven Befunden sowie auf demonstrativ vorgetragene Klagen. Im Übrigen besteht beim Beschwerdeführer keine soziale Isolation, begibt er sich doch gemäss eigenen Angaben täglich ausser Haus, um am Vormittag und Nachmittag im Migros Restaurant in R.____ Kaffee zu trinken und Kollegen zu treffen sowie mehrere Stunden spazieren zu gehen. Zudem geht er in Vereine (Kartenspielen, Fussballmannschaft), mit seinem Sohn zu Kollegen und mit seiner Frau einkaufen (Urk. 13/41 S. 5, Urk. 13/74 S. 5 und Urk. 13/93/2-69 S. 29 und S. 36; vgl. auch Urk. 13/67/1-4 S. 2-3). Vor diesem Hintergrund erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den massgeblichen Standardindikatoren und haben die Gutachter der MEDAS A.____ der somatoformen Schmerzstörung zu Recht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bemessen. 4.4.4.1

Die Ausführungen betreffend Aggravation gelten analog auch im Zusammenhang mit der beim Beschwerdeführer diagnostizierten depressiven Störung.

Abgesehen davon wurde die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode der Gutachter der MEDAS A.____ (Urk. 13/93/2-69 S. 57 f.) durch die Ärzte der B.____ (Urk. 13/36 und Urk. 3/4 S. 1 Ziff. 1.1) und der P.____ (Urk. 13/39 S. 10) geteilt.

Angesichts der vom Beschwerdeführer beschriebenen

Aktivitäten (Kaffeetrinken im Restaurant, Treffen von Kollegen, Erledigung von Einkäufen, Besuch von Vereinen) erscheint die von der behandelnden Psychiaterin Dr. C.____ diagnostizierte schwere depressive Episode (Urk. 3/14) wenig nachvollziehbar, zumal sie sich mit den ausgewiesenen Ressourcen nicht auseinandersetzt. In diesem Zusammenhang ist zudem die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Was die von der Z.____ im Bericht vom 8. Juni 2015 genannte Diagnose einer schweren depressiven Episode betrifft, erfolgte diese unter Hinweis darauf, dass die Hospitalisation des Beschwerdeführers auf Empfehlung von Dr. C.____ erfolgt sei, wonach sich der Zustand des Beschwerdeführers zunehmend verschlechtert habe (Urk. 17 S. 1). Nähere Ausführungen darüber, inwiefern und mit welchen Auswirkungen sich der psychische Zustand verschlechtert haben soll, fehlen indessen. Die im Bericht aufgeführten Symptome

me (namentlich Angstzustände, Halluzinationen, Verfolgungsideen und diffuse somatische Symptome) entsprechen überdies den bereits in der Vergangenheit vom Beschwerdeführer beschriebenen Symptomatik (vgl. E. 3.1-2 und E. 3.5-6). Bei dieser Ausgangslage ist der auch von den MEDAS-Ärzten diagnostizierten depressiven Störung keine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuzumessen, dies auch aus folgenden Gründen. 4.4.2

Es gilt zu beachten, dass ein Gutachten zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen hat und diese Ausführungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde - der Verwaltung oder, im Streitfall, dem Gericht - obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, bejahendenfalls eine solche rentenbegründender Art, eingetreten ist. Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische, sondern letztlich auch eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der in einem medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliere (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1-2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung

stellen leichte bis mittelgradige depressive Episoden grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar, die es der betroffenen Person verunmöglichte, eine angepasste Tätigkeit auszuüben. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur gelten grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts 8C_68/2013 vom 14. Mai 2013 E. 3.5 mit Hinweisen). Dies hat auch dann Geltung, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_195/2014 vom 12. Juni 2014 E. 4.4 mit Hinweisen). Auch wenn eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen ist, bedingt deren Annahme jedoch, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit Hinweisen). 4.4.3

Die Therapiefrequenz wurde von der behandelnden Psychiaterin mit „abgesehen von Ferienausfällen, alle 2-3 Wochen“ angegeben (Urk. 13/59/2). In diesem Bericht vom 29. September 2013 erwähnte sie indes, den Beschwerdeführer zuletzt am 2. August 2013 gesehen zu haben (Ziff. 1.2), mithin knapp zwei Monate zuvor. Das eine wie das andere Therapieintervall genügt den bundesgerichtlichen Anforderungen nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). In stationäre Behandlung begab sich der Beschwerdeführer erst nach Erhalt des ersten Vorbescheids vom 3.

September 2014 (Urk. 13/95), mithin am 7. Oktober 2014 (Urk. 13/110) für etwas über drei Wochen und hernach am 24. März 2015 für einen Monat (Urk.

17). Der Medikamentspiegel zeigte zudem eine wenigstens unregelmässige Medikation (E.

3.5). Die MEDAS-Ärzte empfahlen sodann weitere therapeutische Massnahmen, welche bislang nicht durchgeführt worden waren (kognitives verhaltenstherapeutisches Vorgehen [das allerdings mit Blick auf die somatoforme Störung], Beachtung der

persönlichkeitsstrukturellen Besonderheiten , Urk. 13/93/46) .

Bei dieser Sachlage kann der depressiven Störung invalidenversicherungs recht lich keine Relevanz zugemessen werden, weshalb die Annahme einer entspre chenden Arbeitsunfähigkeit ausser Betracht fällt. 4. 5

Was den vom Beschwerdeführer erhobene n Einwand betrifft, auf das psychiatri sche Teilgutachten der MEDAS A.____ dürfe nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 7-13), ist Folg endes zu bemerken: Der Umstand, dass der psychiatrische Teil gutachter bezüglich des Umfangs der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu einem anderen Schluss gekommen ist als andere Ärzte (S.

10 f.), führt selbstre dend nicht

zur Unverwertbarkeit des Teilgutachtens. Der Gutachter Dr. I.____ hat seine Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise dargelegt und setzte sich mit den – teils – abweichenden Einschätzungen der anderen Ärzte aus einander (Urk. 13/93/2-69 S. 38-48, insbesondere S. 40 f. Ziff.

5.4.2 und S. 46 Ziff. 5.10 , vgl. auch E. 4.1). Der Hinweis, wonach die Berichte der B.____ und von Dr. C.____ sowie die Gutachten der P.____

zeigen sollen , dass keine Aggravation vorliege (Urk. 1 S.

11), überzeugt nicht: Einerseits datier e n d ie erwähnten Berichte respektive Gutachten (S. 8-10)

teilweise aus der Zeit vor den Observationsberichten vom 4. März und 1. Oktober 2013 und andererseits steht nicht fest, ob die Verfasser der nach März respektive Oktober 2013 erstellten Berichte von den Ermittlungsergebnissen Kenntnis hatten, dies im Gegensatz zu den Gutachtern der MEDAS A.____ (Urk. 13/93/2-69 S. 24 und S. 48). Was den Einwand angeht, Dr. I.____ sei aufgrund der schlechten Kooperation des Beschwerdeführers nicht in der Lage gewesen, eine genaue Diagnose zu stellen , weshalb ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen sei (Urk. 1 S. 11-13), gilt Folgendes: Dr. I.____ legte einleuchtend dar, dass das widersprüchliche V erhalten des Beschwerdeführers – welches sich auch im Standortgespräch mit der Beschwerdegegnerin am 29. Januar 2014 (Urk. 13/75) z eigte - keine psychiatrisch zu e rklärende Krankheitssymptomatik darstellt, sondern der Aggravation zuzuordnen ist

(Urk. 13/93/2-69 S. 66 , vgl. auch E. 4.3.3) . Im Übrigen unterliegt der Beschwerdeführer eine r Mitwirkungspflicht in ärztlichen Untersuchungen (Art. 43 Abs. 2 ATSG) .

Vor diesem Hintergrund kann entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers auf das Teilgutachten von Dr. I.____ abgestellt werden und ist auf die Einholung eines neuen Gut achtens zu verzichten, sind doch davon keine weiteren Erkenntnisse zu erwar ten (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen).

Was die vom Beschwerdeführer behauptete Verschlechterung seines psychischen Zustands seit Februar 2015 betrifft (Urk. 1 S. 13-14) , so ist diese nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen (vgl. E. 4. 4 am Ende) .

Schliesslich vermag der Beschwerdeführer a us dem Arbeitsunfähigkeitszeugnis der Z.____ vom 9. September 2015 (Urk. 20) nichts für s ich abzuleiten. Dieses

wurde erst nach Erlass der in Frage stehenden Verfügung (Urk. 2) verfasst und erschöpft sich zudem im blossen Hinweis auf den stationären Aufenthalt sowie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Hospitalisation . 4. 6

Zusammenfassend steht fest, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 5.

5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5.2 5. 2 .1

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 mit Hinweisen). 5. 2 .2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerehebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40

Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb, 124 V 321 E. 3b/ aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a). 5. 3 5. 3 .1

Gemäss dem Fragebogen der Y.____ (Urk. 13/10/1-4) betrug der AHV-pflichtige Lohn des Beschwerdeführers im Jahre 2009 Fr. 62'088.--, welchen er auch im Jahr 2010 erzielt hätte . 5. 3 .2

Die Tabellenlöhne der LSE weisen für einfache und repetitive Tätigkeiten für Männer im Jahr 2010 einen Wert von Fr. 4'901.-- aus (LSE Tabelle TA1 Total aller Wirtschaftszweige Ziff. 1-93, Anforderungsniveau 4, Männer), was ange passt an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im massgebenden Jahr (Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S. 88 Tabelle B9.2) Fr. 61'312.-- ergibt.

Ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt sich bei den vorliegenden Verhältnissen nicht. Insbesondere führt die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit – sofern die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers überhaupt als solche zu qualifizieren war (vgl. Urk. 13/10/1-7 S. 6) – zu verrichten, nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4). 5. 3 .3

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 62'088.-- und einem

Invalideneinkommen von Fr. 61'312.-- resultiert eine Lohneinbusse von Fr. 776.-- und damit ein Invaliditätsgrad von 1 %. Wollte man mit den MEDAS Gutachtern von einer invalidenversicherungsrechtlich nicht ausgewiesenen - Arbeitsunfähigkeit von 30 % ausgehen, wäre von einem Invalideneinkommen von Fr. 42'918.-- (70 % von

Fr. 61'312.--)

auszugehen und resultiert eine Lohneinbusse von Fr. 19'170.-- (Fr. 62'088.-- minus Fr. 42'918.--) und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 31 % (BGE 130 V 212). Damit besteht kein Anrecht auf eine Rente der Invalidenversicherung (vgl. E. 1.3) .

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

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