

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00587 vom 4. August 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-08-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00587

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00587 du 4 août 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00587 del 4 agosto 2016

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbeurteilung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E).

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

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. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung

(IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenananspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai

2009 E.

E. 1.6

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

7. Juni 2011 bei einem Invaliditätsgrad von 100 %
eine befristete ganze Rente vom

1. Juni 2010 bis 31. Oktober 2010 zu (Urk. 6/48).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 22. April 2015 (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass der Beschwerdeführer seit Mai 2009 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Die angestammte Tätigkeit sei ihm nicht mehr zumutbar. Ab Juli 2010 sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Der Beschwerdeführer sei ab Juli 2010 in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 80 % arbeitsfähig. Gestützt darauf ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 20 %. Das Wartejahr sei per 3. Mai 2010 ab gelaufen. Die Anmeldung sei am 8. Mai 2013 eingegangen. Da der Invaliditätsgrad per 1. November 2013 (6 Monate nach der Anmeldung) unter 40 % liege, bestehe kein Rentenanspruch (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dem beschwerdeweise (Urk. 1) entgegen,

dass das MEDAS-Gutachten mit schwerwiegenden Mängeln behaftet sei und ihm deshalb kein Beweiswert zukomme. So sei im psychiatrischen Teilgutachten keine Fremdanamnese eingeholt und die Persönlichkeitsstörung sei zu Unrecht ein fach ausgeschlossen worden. Der Gutachter spreche von „wir“, ohne dass klar sei, wer das sei. Weiter sei unklar, weshalb in der interdisziplinären Diagnose einfach von Dysthymie

und nicht von einer depressiven Störung gesprochen werde (S. 6 ff.). Der aktuellste

Bericht von Dr. Z.____ und med.

pract. A.____ vom 13. Februar 2014 sei nicht berücksichtigt worden. Falls auf das Gutachten abgestellt werden sollte, wäre auch die Annahme einer 80%igen Arbeitsfähigkeit falsch. Richtig wäre eine 60%ige Arbeitsfähigkeit ab Juli 2010. Unter Berücksichtigung eines leistungsbedingten Abzuges von 25 % ergäbe sich selbst dann ein Anspruch auf eine

Dreiviertelrente (S. 13).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und somit die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Der ursprünglichen, rechtskräftigen Verfügung vom 27. Juni 2011 (Urk. 6/48) lagen die nachfolgenden medizinischen Berichte zu Grunde: 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Facharzt für Handchirurgie, berichtete am 4. Januar 2010 (Urk. 6/12/6-7) und führte aus, dass beim Beschwerdeführer eine atrophe

Scaphoidpseudarthrose mit beginnender Handgelenksarthrose links bestehe. Am 19. November 2009 sei eine Scaphoidrekonstruktion mit Beckenkammspann und Schraubenosteosynthese durchgeführt worden. Es sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 4-6 Monaten auszugehen. Bei einem günstigen Verlauf könne die Arbeit auf der Baustelle wieder aufgenommen werden. 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 24. Juni 2010 (Urk. 6/26/15-17) und nannte als Diagnose posttraumatische Residualbeschwerden im Bereich Handgelenk links ohne fassbare neurogene Pathologie. Er führte aus, dass bei erheblichen Restbeschwerden nach Traumatisierung einer Scaphoidpseudarthrose links sowie Rekonstruktionsoperation mittels

Knochen span keine Hinweise auf eine neurogene Komponente beziehungsweise eine Verletzung von peripheren Nerven bestünden. So fänden sich insbesondere keine Anzeichen einer Läsion des Nervus

medianus oder ramus

superficialis

nervi

radialis . Die angegebene Sensibilitätsminderung lasse sich neurologisch-topisch nicht spezifisch zuordnen. Sie sei als arthrogen , allenfalls im Rahmen von schmerz bedingter Symptomausweitung zu erachten (S. 3).

3.4

Die Ärzte der Klinik D.____ berichteten mit Austrittsbericht vom 15. Juli 2010 (Urk. 6/26/5-14) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 2. Juni bis 13. Juli 2010. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Unfall vom 3. April 2008: eine abrutschende Formplatte sei auf die linke Hand gefallen, Traumatisierung einer vorbestehenden Scaphoid -Pseudoarthrose links - Unfall vom 4. Mai 2009: bei der Arbeit auf die linke Hand gestürzt , Traumatisierung einer vorbestehenden

Scaphoid -Pseudoarthrose links - chronische leichte Lumbalgie - vermehrter Konsum von Alkohol und Cannabis, Reizbarkeit

Sie führten aus, dass beim Austritt bewegungs- und belastungsverstärkte Dauerschmerzen und Bewegungseinschränkungen im linken Handgelenk sowie ein Kraftdefizit und eine Hypästhesie in der linken Hand bestanden hätten (S. 1) . Der Beschwerdeführer sei psychisch labil. Obwohl im psychosomatischen Konsil zum Zeitpunkt des Gesprächs keine psychische Störung von Krankheitswert erkennbar gewesen sei, sei im weiteren Verlauf eine psychotherapeutische Unterstützung wünschenswert gewesen (S. 2) . 3.5

SUVA-Kreisarzt Dr. med. E.____ , Facharzt für Chirurgie, berichtete am 26. Januar 2011 (Urk. 6/32/4-9) über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom gleichen Tag und führte aus, dass persistierende Unterarm-Hand-Schmerzen links (dominant) bestünden. Klinisch finde sich eine ausgeprägte Druckdolenz im Bereich des radialen Unterarmes, des radialen Handgelenkes sowie im Bereich des ersten bis dritten Strahles. Bei oberflächlicher Palpation im Bereich der Tabatière würden massive Beschwerden beklagt, wobei unter Ablenkung zum Beispiel bei gleichzeitiger Palpation des Proc . styloideus

ulnae keine Beschwerden im Bereich der Tabatière angegeben würden. Eine minimale Handbeschwellung links könne festgehalten werden. Die Unterarmumfänge seien leichtgradig vermindert. Ebenfalls fände sich vor allem entlang des radialen Unterarmes sowie der radialen Hälfte der Hand eine Sensibilitätsverminderung (S. 5 Mitte) . Der Beschwerdeführer habe sich eine vorbestehende Scaphoidpseudoarthrose traumatisiert. Vor der durchgeführten Pseudoarthrosenoperation sei dem Beschwerdeführer ein Eingriff von mehreren Handchirurgen empfohlen worden. Der postoperative Verlauf habe sich protrahiert gestaltet. Die Knochenheilung sei verzögert gewesen. Seit der Operation seien vor allem radiallyseitig betonte Handgelenksbeschwerden beklagt worden. Unter anderem habe der Beschwerdeführer eine stationäre Rehabilitation besucht und auch eine Stosswellentherapie sei erfolgt. Inzwischen sei die Pseudoarthrose vollständig geheilt. Minimale degenerative Veränderungen könnten radiocarpal festgehalten werden. Es finde sich eine

ausgeprägte Schmerzhaftigkeit, welche auch unabhängig des Scaphoids

provozierbar sei. Entsprechend seien die beklagten Beschwerden nicht vollumfänglich erklärbar. Weitere therapeutische Massnahmen führten zu keiner zusätzlichen Besserung, so dass von einem stabilen Zustand auszugehen sei. Aufgrund der nachgewiesenen minimalen degenerativen Veränderungen sei dem Beschwerdeführer für die linke adominante Hand mindestens eine leichte, wenn nicht sogar eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar. Hämmern de

und vibrierende Tätigkeiten, ebenso wie repetitive Umwendbewegungen, könnten ihm nicht mehr zugemutet werden (S. 5 f.).

4. 4.1

Für die Zeit nach der rechtskräftigen Verfügung vom Juni 2011 finden sich in den Akten die folgenden medizinischen Berichte: 4.2

Die Ärzte der F.____ berichteten am 2. Mai 2012 (Urk. 6/49/1-3) über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 20. bis 28. März 2012 und nannten folgende Diagnosen: - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide : schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1) - Verdacht auf Akzentuierung von Persönlichkeitszügen Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer mit einem akuten depressiven Zustandsbild auf die Akutstation aufgenommen worden sei. Es sei eine antidepressive Therapie begonnen worden. Der Beschwerdeführer habe sich teilweise mit der Behandlung auf der Station unzufrieden und entwertend gezeigt. Auf eine Verlegung auf eine Psychotherapiestation habe er sich nicht einlassen wollen und sich für eine ambulante Therapie entschieden, da seine Ehefrau im Falle einer stationären Weiterbehandlung eine Trennung angedroht habe (S. 3). 4.3

Die Ärzte der F.____ berichteten am 1

E. 5

) die Abweisung der Beschwerde. Mit Eingabe vom 5. August 2015 (Urk. 7) reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Arztbericht zu den Akten (Urk. 8). Mit Verfügung vom 24. August 2015 (Urk. 9) wurden die Parteien je über die Eingaben der Gegenpartei in Kenntnis gesetzt. Mit Eingabe vom 25. September 2015 (Urk. 10) reichte der Beschwerdeführer erneut Berichte zu den Akten (Urk. 11/1-2). Dies wurde der Beschwerdegegnerin am 29. September 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk. 12).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Zur Beurteilung einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustandes und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ist auf das Gutachten der MEDAS (vorstehend E. 4.7) abzustellen. Das Gutachten umfasste die Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin,

Neurologie, Handchirurgie, Rheumatologie sowie Psychiatrie, wo bei sich das Gutachten für die zu beurteilenden Fragen als umfassend erweist. Die Gutachter berücksichtigen die geklagten Beschwerden und das Verhalten des Beschwerdeführers

in angemessener Weise und erstellten das Gutachten in Kenntnis der sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten, wozu sie auch Stellungnahmen. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorge nom

menen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Das Gutachten erfüllt damit die praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1. 6) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

E. 5.2

Der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hat sich seit der letzten Beurteilung insoweit verschlechtert, als er aus somatischer Sicht an einer beginnenden Arthrose des linken Handgelenks sowie an einem

Lumbovertebralsyndrom mit Facettengelenksreizung L5/S1 links leidet. Die ausführliche handchirurgische Befundaufnahme war ansonsten weitestgehend unauffällig. Radiologisch konnten die bereits intraoperativ festgestellten beginnenden Arthrosezeichen ausgemacht werden. Diese Veränderungen seien typisch für eine Pseudoarthrose und eine weitere Progression der Arthrose sei in Zukunft möglich (Urk. 6/117/1-30 S. 18).

Aus rheumatologischer Sicht gebe es keinen Hinweis für eine begleitende radikuläre Störung und auch keinen Hinweis für ein zugrunde liegendes Krankheitsbild aus dem rheumatologischen Formenkreis.

Die von den Gutachtern der

MEDAS vorgenommene Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht erscheint gestützt auf die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen plausibel und nachvollziehbar. So besteht für eine angepasste Tätigkeit gemäss beschriebenen Belastungsprofil (Urk. 6/117/48) eine Arbeitsfähigkeit im vollen zeitlichen Pensum mit einer 20%igen Einschränkung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs oder eines verlangsamten Arbeitstempos (Urk. 6/117/1-30 S. 20).

E. 5.2.4

mit weiteren Hinweisen). Bei der seitens der MEDAS-Gutachter gestellten Diagnose der Auffälligkeiten in der Persönlichkeit handelt es sich um eine solche Z-Kodierung. Diese kann folglich nicht als invalidisierende Krankheit angesehen werden.

E. 5.3

Die Minderung des Rendements in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ergibt sich gemäss der gutachterlichen Beurteilung aufgrund des psychischen Leidens, wobei eine Dysthymie (ICD-10 F34) mit der Differentialdiagnose einer unvollständig remittierten depressiven Störung, eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54) sowie Auffälligkeiten in der Persönlichkeit (ICD-10 Z73) als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurden.

Der psychiatrische Gutachter der MEDAS attestierte dem Beschwerdeführer aufgrund der diagnostizierten affektiven Störung sowie der Verhaltensauffälligkeit in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren eine Restarbeitsfähigkeit von aktuell 60%, welche innerhalb eines Jahres auf 100% zu steigern sei

(Urk. 6/117/68).

Hierbei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass bei Beeinträchtigungen des psychischen Gesundheitszustandes stets eine objektive Betrachtung des Forderbaren vorzunehmen ist (vorstehend E.

1.1, E.

1.3), wobei leichte bis mittel schwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar gelten und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März

2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20.

Februar

2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni

2013 E. 4.3.2.1, 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7.

Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3).

Eine Dysthymie ist nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kann dies rechtsprechungsgemäss wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich.

E. 5.4

Der Umstand, dass das Gutachten bezüglich der Darlegung der medizinischen Situation voll beweiskräftig ist, bedeutet nicht, dass auch die dortige Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit für die Belange der Invalidenversicherung ohne weiteres massgeblich ist. Die Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, ist eine Rechtsfrage und obliegt damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden. Es ist folglich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar, einem Gutachten vollen Beweiswert zuzuerkennen, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sozialversicherungsrechtlicher Aspekte abzuweichen (BGE 140 V 193 E. 3.1 f., 130 V 352 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.1). Angesichts der Tatsache, dass vorliegend eine Dysthymie und lediglich differentialdiagnostisch eine affektive Störung, welche sodann bereits, wenn auch unvollständig remittiert ist, diagnostiziert wurde und auch keine konsequente Depressionstherapie verfolgt wird, ist eine invalidisierende Wirkung derselben zu verneinen. So können so wohl die Pharmakotherapie

wie auch die Psychotherapie noch deutlich verbessert werden (vgl. Urk. 6/117/1-30 S. 27). Die Prognose wurde demzufolge auch zu rückhaltend günstig gestellt, wobei innerhalb eines Jahres ein Rendement von bis zu 100 % erreicht werden könne (E. 4.7). Zu bemerken

ist, dass es sich gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei den Diagnosen aus der sogenannten Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10-Systems um Faktoren handelt, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2010 vom 15. November

2010 E.

E. 5.5

Die Berichte der behandelnden Psychiater der F.____ vermögen die Beurteilung der Ärzte der MEDAS nicht in Zweifel zu ziehen. So nahm der psychiatrische Gutachter zu den anderslautenden Diagnosen in ausführlicher Weise Stellung (Urk. 6/117/63-67) und legte plausibel dar, weshalb nicht von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung auszugehen sei (Urk. 6/117/65-66). Die Ärzte der F.____ hingegen nehmen in keiner Weise Stellung zum Gutachten und begründen denn auch ihre Diagnosestellung nicht weiter. So attestierten sie dem Beschwerdeführer im Mai 2012 (vgl. vorstehend E. 4.2) noch einen Verdacht auf Akzentuierung von Persönlichkeitszügen, welcher zu den Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen gehört (ICD-10 Z.00-/99), denen jedoch kein versicherungsmedizinischer Krankheitswert zukommt (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2010 vom 15. November 2010 E. 5.2.4). Im Februar 2014 wird sodann eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, narzisstischen Anteilen und eine Somatisierungsstörung aufgeführt (vgl. vorstehend E. 4.6). Im Bericht vom Juli 2015 (vgl. vorstehend E. 4.9) wird die Somatisierungsstörung – ohne jegliche Begründung – nicht mehr erwähnt. Im Übrigen gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht nach der Rechtsprechung Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den einschlägigen Anforderungen entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennt, solange keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber stehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapiekräfte zu anders lautenden

Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2). Solche Gesichtspunkte sind vorliegend nicht ersichtlich. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1). Auch ändert der Umstand, dass der psychiatrische Gutachter auf das Einholen einer Fremdanamnese verzichtete, nichts an der Verwertbarkeit seiner Expertise. So sind bei psychischen Störungen eine Fremdanamnese ebenso wie (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Ärzte zwar häufig wünschenswert, jedoch nicht zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 9C_482/10 vom 21. September 2010, E. 4.1, mit Hinweisen). Wichtige Grundlage gutachtlicher Schlussfolgerungen bildet die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteile des Bundesgerichts I 192/06 vom 19. September 2006 E. 3 und I 391/06 vom 9. August 2006 E. 3.2.2). Anhaltspunkte dafür, dass der psychiatrische Gutachter der MEDAS die entsprechenden Vorgaben nicht bzw. nur ungenügend beachtet hat, sind nicht erkennbar.

Nach dem Gesagten ist folglich - nach wie vor - kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden ausgewiesen.

E. 5.6

Zusammenfassend ist lediglich eine leichte Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes seit der letztmaligen Beurteilung zu verzeichnen, wobei dem Beschwerdeführer die bisherigen Tätigkeiten nicht mehr zumutbar sind. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit ist der Beschwerdeführer hingegen zu 80 % arbeitsfähig. Dem psychischen Leiden kommt kein invalidisierender Charakter zu. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da sowohl das Valideneinkommen wie auch das Invalideneinkommen in angepasster Tätigkeit anhand der Tabellenlöhne

der LSE

unter Einstufung des Beschwerdeführers als Hilfsarbeiter zu ermitteln sind, kann rechnerisch ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Eine möglichst genaue Bezifferung und Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Erwerbseinkommen, um aus der Einkommensdifferenz den Invaliditätsgrad bestimmen zu können, erübrigt sich somit. Der Invaliditätsgrad entspricht – ohne Berücksichtigung eines allfälligen leidensbedingten Abzugs – mithin der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20 %.

E. 6.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten 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 begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Der Beschwerdeführer ist aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen lediglich noch in leichten und wechselbelastenden Tätigkeiten in verständnisvoller Arbeitsumgebung einsatzfähig. Weiter ist der Beschwerdeführer, da ihm die Ausübung von behinderungsangepassten Tätigkeiten lediglich noch im Umfang eines Beschäftigungsgrades von 80 % zuzumuten ist, auf Teilzeitarbeit angewiesen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass teilzeitbeschäftigte Männer im Vergleich zu Vollzeitangestellten erfahrungsgemäss überproportional tiefer

entlohnt werden (BGE 126 V 472 E. 4.2.3). Dabei handelt es sich um einen inkommensmindernden Umstand, welcher zu berücksichtigen ist. In Würdigung sämtlicher Umstände erscheint vorliegend ein Abzug von 10 % im Lichte der Rechtsprechung als angemessen. Selbst bei Gewährung dieses Tabellenlohnabzuges von 10 % resultiert jedoch lediglich ein Invaliditätsgrad von 28 % (0.8×0.9), womit kein Anspruch auf eine Rente besteht.

Die Beschwerde gegen den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung im Ergebnis zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- anzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt.
3.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu
zustellen.

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 Mosimann Schüpbach

E. 8

. Juli 2013 (Urk. 6/64) und nannten folgende Diagnose (S. 1): - rezidivierende depressive
Störung, seit zirka 2010

Sie führten aus, dass es dem Beschwerdeführer zirka zwei Monate nach Absetzen der
Medikation nach Beendigung der letzten Therapie Ende September 2012 erneut schlecht
gegangen sei. Er habe Mühe, sich zu konzentrieren, grübele viel und sei sehr traurig. Nichts
interessiere ihn mehr. Die letzte Therapie habe er abgebrochen aus Angst, die Rechnungen
nicht mehr bezahlen zu können (S.

2). Da sie den Beschwerdeführer nur einmalig gesehen hätten, sei es ihnen nicht möglich,
eine Aussage bezüglich der Prognose zu treffen. Im Gespräch vom 11. Juni 2013 hätten
sich erhebliche Konzentrationsstörungen, ein reduzierter Antrieb und eine Grübelneigung
gezeigt. Im Allgemeinen wirkten sich eine verminderte Konzentration sowie eine
verminderte Ausdauer einschränkend auf jegliche Art von Arbeit aus (S.

3). Es werde eine regelmässige ambulante psychiatrische Therapie sowie eine Fortführung
der Therapie mit Psychopharmaka empfohlen. Unter regelmässiger Therapie und adäquat
eingestellter Psychopharmaka sollte im Verlauf eine Besserung der Symptomatik und eine
Stabilisierung des Zustandsbildes erzielt werden (S. 4) . 4.4

Vom 14. bis 31. Oktober 2013 nahm der Beschwerdeführer an einer beruflichen
Abklärung der Abklärungsstelle G. teil (Abschlussbericht vom 22. November 2013,
Urk. 6/78). Im Abklärungsbericht wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer
dermassen demotiviert gewirkt habe, dass eine Weiterführung der Abklärung als
fragwürdig erschienen sei. Da sich auch andere Klienten wegen seines Verhaltens beklagt
hätten, sei die Abklärung nach total 12 Abklärungstagen beendet worden. Eine
Weiterführung hätte mit grösster Wahrscheinlichkeit keine weiteren Resultate mehr

gebracht (S. 4) . Die Resultate der kognitiven Tests würden auf knapp durchschnittliche kognitive Fähigkeiten hinweisen . Seine Stärken bei der Wortflüssigkeit und beim Kopfrechnen liessen – zusammen mit dem Laufbahnmosaik – an eine Verkaufstätigkeit denken (S. 8) . Zum Zeitpunkt der Abklärung finde sich ein wechselndes depressives Zustandsbild und eine Somatisierungsstörung seit den Arbeitsunfällen, dies auf dem Boden einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, welche vor dem Hintergrund wiederholter Traumatisierungen und instabiler Verhältnisse in der Kindheit und Jugend entstanden sei (S. 9) . Viel wichtiger als die depressive Verstimmung und Somatisierungsstörung sei seine schwierige und vulnerable Grundpersönlichkeit im Sinne einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, narzisstischen, unreifen und dissozialen Anteilen . Diese sei auf dem Boden einer emotional deprivierten Kindheit und Jugend entstanden, sowie bei instabilen Verhältnissen in sämtlichen Lebenslagen – materiell, sozial, zwischen menschlichen Beziehungen etc. – auch unter dem Einfluss eines streng autoritär auftretenden Vaters, der wiederholt zu teils massiver tätlicher Gewalt gegenüber seinen Kindern gegriffen habe und sich noch bis weit ins Erwachsenenalter in persönliche Angelegenheiten des Beschwerdeführers eingemischt habe (S.

E. 10

f.). In dieser Abklärung sei es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, trotz Unterstützung seitens der Berufsberatung eine berufliche Perspektive für sich zu erarbeiten. Die Motivation sei sehr fragil und der verbal vorhandene Eingliederungswille nicht tragfähig. Eine ausreichende Therapieadhärenz für eine psychiatrische Behandlung sei bis anhin ebenfalls nicht zu Stande gekommen. Positiv in der Abklärung sei gewesen, dass der Beschwerdeführer in den Gesprächen mit der Referentin auch Anzeichen einer Krankheits- und Behandlungseinsicht gezeigt habe. Aufgrund seiner Interessen in den durchgeführten Neigungstests sowie seiner Fähigkeiten aufgrund der Ergebnisse in den kognitiven Tests sollten dem Beschwerdeführer Verkaufstätigkeiten entsprechen (S.

E. 11

f.). Es habe

keine echte Motivation oder ein

Eingliederungswille erkannt werden können. Es werde daher eine gewisse Begehrenshaltung vermutet (S. 12). 4.5

Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 6. Dezember 2013 (Urk. 6/86/6-8) und führte aus, es sei dreimal zu einem Handgelenkstrauma links mit Fraktur des Scaphoid gekommen. Bei konservativer Behandlung mit Entwicklung einer Pseudoarthrose sei es zu einem erneuten Handgelenkstrauma gekommen. Anschliessend habe im November 2009 eine Scaphoidrekonstruktion ohne Besserung der Schmerzen im Handgelenk stattgefunden .

Posttraumatisch habe sich nun eine Entwicklung einer mittelschweren bis schweren Depression ergeben. Sowohl die Schmerzen wie auch die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit würden dem Beschwerdeführer ausgesprochen Mühe machen. Die Gesamtsituation habe sich chronifiziert . Bezüglich der Arbeitsfähigkeit seien zurzeit keine Aussagen möglich. Diesbezüglich werde die Abklärung im G.____ weiter helfen, inwieweit der Beschwerdeführer wenigstens teilweise einer angepassten Tätigkeit nachgehen könne (S. 2). 4.6

Die Ärzte der F.____ berichteten am 13. Februar 2014 (Urk. 6/90) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - persistierende Unterarm-Hand-Schmerzen links mit/bei: - Status nach traumatisierter Scaphoidpseudoarthrose nach Arbeitsunfällen April 2008 und Mai 2009 - Status nach Pseudoarthrosenoperation am 19. November 2009

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer laut eigenen Angaben schon bei kleinsten Anforderungen überfordert sei. Es bestehe ein chronifiziertes psychiatrisches Beschwerdebild mit schlechter Prognose. Jegliche Versuche, den Beschwerdeführer in ein strukturiertes Setting einzubinden, seien bisher gescheitert. Grundsätzlich wäre es sinnvoll, den Beschwerdeführer in einem Teilpensum im geschützten Rahmen wieder in einen geregelten Tagesablauf zu integrieren. Dabei sei jedoch die schwankende und vulnerable Motivationslage des Beschwerdeführers zu beachten. Vor diesem Hintergrund werde versucht, den Beschwerdeführer in einem ersten Schritt für die hausinterne Tagesklinik zu gewinnen (S. 3) .

Der Beschwerdeführer sei 50 % , entsprechend 3-4 Stunden pro Tag arbeitsfähig, optimalerweise im Sinne eines Belastungstrainings (S. 5) .

4.7

Die Gutachter der MEDAS Y.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 15. Dezember 2014 (Urk. 6/117 /1-30) gestützt auf die Akten, die Exploration und die Untersuchung des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21): - beginnende Arthrose des linken Handgelenks bei Status nach Scaphoidpseudoarthrose -Operation mit Beckenkammspan links, seit Mai 2009 - Lumbovertebralsyndrom mit Facettengelenksreizung L5/S1 links - Dysthymie , (ICD-10 F34), Differentialdiagnose unvollständig remittierende depressive Störung - dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54) - Auffälligkeiten in der Persönlichkeit (ICD-10 Z73)

Sie führten aus, dass die internistische Untersuchung unauffällig sei. Der Beschwerdeführer trage am linken Handgelenk eine Ledermanschette und halte den Arm in eine Tuschlinge (S. 23).

Die handchirurgische Begutachtung zeige radiologisch ein gutes Resultat nach Scaphoidpseudoarthrosen-Rekonstruktion . Es seien beginnende Arthrosezeichen auszumachen. Diese Arthrose führe zu bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen, allerdings nicht nachvollziehbar in dem vom Beschwerdeführer beschriebenen Ausmass (S. 23) .

Auch in der rheumatologischen Untersuchung werde der konsolidiert verheilte OP-Bereich bestätigt, bei subjektiv bereits oberflächlich stark erlebten Beschwerden sei ein Versuch der klinischen Untersuchung der Handgelenksregion links zum Teil unmöglich. Es ergäben sich keine Hinweise für ein spezifisches Leiden aus dem rheumatologischen Formenkreis. Im Bereich L5/S1 links sei eine Facettengelenksreizung eingrenzbar, Hinweise auf eine radikuläre Störung im Lumbalbereich ergäben sich nicht. Bei muskulärer Dysbalance liege ein mechanisches, belastungsgetriggertes

Lumbovertebralsyndrom vor (S. 23 f.).

Von neurologischer Seite sei ein klar bewegungsabhängiger Schmerz der linken Hand und des linken Armes festzustellen ohne typisch neurologische Qualität oder eine neurologische Ausstrahlung .

Zeichen einer Reflexdystrophie beziehungsweise assoziierter trophischer Störungen würden nicht auffallen. Auch die elektroneurographische Untersuchung sei unauffällig. Somit ergebe die neurologische Untersuchung keine sichere Hinweise auf eine Erkrankung des peripheren Nervensystems beziehungsweise auf eine neurogene Verursachung der beklagten Schmerzen (S. 24) .

Auch bei der psychiatrischen Exploration würden unklare und nicht konstruktive Angaben auffallen, es zeigten sich auch Widersprüchlichkeiten in der Anamnese. Eine Aggravation sei nicht auszuschliessen. Es sei von einer depressiven Störung im März 2012 sowie von einem Rezidiv im Juni 2013 auszugehen. Aktuell entspreche der Befund nicht mehr dem einer schweren oder mittelgradigen depressiven Episode, sondern eher dem einer Dysthymie beziehungsweise einer unvollständig remittierten depressiven Störung. Es bleibe also offen, ob es sich wirklich um eine klassische rezidivierende depressive Störung handle oder um eine Anpassungsstörung oder Dekompensation sowie depressionsähnliche Symptomatik im Rahmen von Konfliktsituation und Persönlichkeitsauffälligkeiten . Die Diagnose einer Somatisierungsstörung sei wenig wahrscheinlich. So fänden sich keine multiplen wiederholt auftretenden und häufig wechseln den körperlichen Symptome , kein buntes Beschwerdemuster und keine Multisomatofornität . Das Schmerzverhalten erscheine teilweise inadäquat, die Leistungsbereitschaft selbstlimitiert, auf psychischem Gebiet dekonditioniert , weshalb auch die Diagnose einer Verhaltensauffälligkeit in Verbindung mit körperlichen Störungen (ICD-10 F54) zu stellen sei. Dieser Diagnose könnten zum Beispiel auch Misslauligkeit und mangelnde Motivation zugeordnet werden. Die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung dagegen sei nicht zu sehen. Diese hätte ja bis zum Unfallereignis vollständig kompensiert vorliegen müssen. Die beschriebenen Elemente (narzisstisch und emotional instabil) hätten auch viel mehr der psychosozialen Situation des Beschwerdeführers zu tun. Die beschriebenen Störungen seien durchaus willentlich beeinflussbar. Eine adäquate Pharmakotherapie und Psychotherapie wären möglich, sowie auch eine aktivere Tätigkeit zu Hause und weniger Verharren in der Krankenrolle.

Aktuell sei von einer Arbeitsfähigkeit von 5 Stunden pro Tag auszugehen, aus psychiatrischer Sicht wäre diese innerhalb eines Jahres auf 100 % zu steigern. Die Prognose sei aber auch abhängig vom Anreizsystem, von den motivationalen Faktoren sowie dem Willen des Beschwerdeführers (S. 24) .

Interdisziplinär sei festzustellen , dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und der subjektiven Einschätzung des Beschwerdeführers bestehe. Nach zwei Unfällen des linken Handgelenks und einer Scaphoidpseudoarthrose-Operation mit Beckenkammspan links seien grössere Belastungen für die obere linke Extremität nicht mehr möglich. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei hingegen zumutbar. Insofern habe sich seit der Verfügung von Juni 2011 in Bezug auf das Handgelenk keine Änderung ergeben. Hinzu gekommen sei aber ein psychisches Leiden, wobei eine exakte zeitliche Terminierung nicht möglich sei. Es liege die Dokumentation über einen stationären Aufenthalt im März 2012 vor mit dann nicht kontinuierlicher psychiatrischer Weiterbehandlung. Aktuell liege für eine leidensangepasste Tätigkeit gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 60 % vor, hierin sei auch die qualitative Einschränkung von 20 %

aus rheumatologischer Sicht enthalten. Diese Arbeitsfähigkeit wäre vor allem aus psychiatrischer Sicht aber zu steigern auf 100 % im Laufe eines Jahres, dann auch mit weiterhin bestehender qualitativer Einschränkung von Seiten des Bewegungsapparates (S. 24 f.) . 4.8

Dipl. med. I.____, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegemeinde, nahm am 5. Januar 2015 Stellung (Urk. 6/122/4-5) und führte aus, dass das Gutachten die formalen Qualitätskriterien erfülle und nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen plausibel sei. Ab Juli 2010 bestehe aus somatischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit angepasst und aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 5 Stunden täglich. Aus psychiatrischer Sicht erscheine eine Steigerung auf 100 % innerhalb von 12 Monaten möglich. 4.9

Die Ärzte der F.____ berichteten am 7. Juli 2015 (Urk. 8) und nannten folgende Diagnosen:
- kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - persistierende Unterarm-Hand-Schmerzen links mit/bei: - Status nach traumatisierter Scaphoidpseudoarthrose nach Arbeitsunfällen im April 2008 und Mai 2009 - Status nach Pseudoarthrosenoperation am 19. November 2009

Sie führten aus, dass eine schwere psychische Erkrankung vorliege und die Prognose schlecht sei. Aufgrund des klinischen Bildes und des Krankheitsverlaufes sei nicht davon auszugehen, dass eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt kurz- oder mittelfristig möglich sein werde (S. 1). 4.10

Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Facharzt für Handchirurgie, berichtete am 19. August 2015 (Urk. 11/1), nannte als Diagnose eine Radiocarpalarthrose Grad II bei Status nach Scaphoidpseudoarthrose und Beckenkammspaninterponat

und Herbertschrauben -Osteosynthese 2009 und führte aus, dass die Handgelenksbeschwerden, welche in der Zwischenzeit chronifiziert seien, nachvollziehbar seien. Es sei ein weiteres Fortschreiten der Arthrose zu erwarten und er empfehle deshalb eine sogenannte Rettungsoperation. Zur genaueren Bilanzierung werde dafür eine weiterführende Bildgebung empfohlen. Mit dem operativen Eingriff könne leider nicht mehr die uneingeschränkte Funktion des Handgelenks erreicht werden, jedoch könnten die Schmerzen kontrolliert und das Bewegungsausmass sowie die Kraft im Vergleich zum jetzigen Zeitpunkt massiv verbessert werden. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei die linke Hand momentan nicht gebrauchsfähig, somit würden sämtliche Tätigkeiten entfallen, bei denen die linke Hand benötigt werde. Als ungelernter Arbeiter bestehe somit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 5.

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