

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01112 vom 12. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01112

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01112 du 12 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01112 del 12 maggio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2008 und am 1. Januar 2012 sind die im Zuge der Revisionen 5 und 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten.

Der vorliegend zu beurteilende Sachverhalt hat sich teilweise vor dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 verwirklicht, weshalb bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab 1. Januar 2008 auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen ist (BGE 130 V 445). Diese Revision hat allerdings keine substanziellen Änderungen bei der Invaliditätsbemessung gebracht (Urteil 8C_106/2013 vom 31. Mai 2013 E. 2 mit Hinweis).

Die Gesetzesbestimmungen werden – soweit nichts anderes vermerkt ist – im Folgenden in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden und mit der Revision 6a am 1. Januar 2012 unverändert gebliebenen Fassung zitiert.

E. 1.2

Noch vor Erlass dieses Urteils hatte der Beschwerdeführer am 30. November 2010 eine Verschlechterung seines somatischen Gesundheitszustandes geltend gemacht („vorsorgliches Revisionsgesuch“, Urk. 7/91; vgl. auch Urk. 7/94). Die IV-Stelle holte in der Folge die ergänzende Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters Dr. A.____ vom 1. Juli 2011 (Urk. 7/100) und Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 7/101, Urk. 7/102 und Urk. 7/104). Zudem gab sie beim C.____ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, welches am 10. November 2012 erstattet wurde (Urk. 7/115). Am 30. April 2013 nahm der Versicherte zu den von der IV-Stelle getätigten Abklärungen Stellung (Urk. 7/118, unter Beilage diverser Arztberichte [Urk. 7/119]; vgl. auch Urk. 7/120-121). Mit Vorbescheid vom 7. November 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/126), wogegen dieser am 27. Januar 2014 Einwand erhob (Urk. 7/132, unter Beilage von weiteren Arztberichten [7/131 und Urk. 7/133]). Daraufhin liess ihn die IV-Stelle abermals polydisziplinär begutachten (Gutachten der MEDAS D.____ vom 27. April 2015, Urk. 7/157). Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 5. August 2015 [Urk. 7/160], Einwand vom 11. September 2015 [Urk. 7/163]) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 14. Oktober 2015 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk.

E. 1.2.1

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 Geburts gebrechen , Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG).

E. 1.2.2

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbsein kommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE

141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.2.3

Zur Annahme einer Invalidität braucht es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische

Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_746/2015 vom 3. Februar 2016 E. 5.3 mit weite rem Hinweis).

E. 1.2.4

Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch (wie auch Drogensucht) begründen nach ständiger Rechtsprechung keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Viel mehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl.

BGE 124 V 265 E. 3c; AHI 2002 S. 30, I 454/99 E. 2a). Dabei ist das ganze für die Sucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkohol sucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkohol sucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2 und 9C_701/2012 vom 10. April 2013 E. 2 mit Hinweisen sowie 9C_706/2012 vom 1. Juli 2013 E. 3.2 mit Hinweis auf I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2).

E. 1.3

Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG in der vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte : a.

mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art.

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der

untersuchten Person auseinander setzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 27. Oktober 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer rückwirkend ab März 2006 eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen und auszuzahlen (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 19. November 2015 beantragte die IV-Stelle Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Am 20. November 2015 wurde das Doppel der Beschwerdeantwort dem Beschwerdeführer zugestellt (Urk. 8).

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 2.2

Demgegenüber wurde in der Beschwerde geltend gemacht, aufgrund der getätigten Abklärungen erweise sich, dass der Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht seit März 2006 in jeder Art von Tätigkeit durchschnittlich zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei (Urk. 1 S. 7). Durch das Gutachten der MEDAS D.____ sei sodann eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes belegt (Urk. 1 S. 8). Das Valideneinkommen sei ausgehend vom Einkommen beim letzten Arbeitgeber zu berechnen. Beim Invalideneinkommen sei ein Abzug von 25 % vom Tabellenlohn vorzunehmen, womit ein Invaliditätsgrad von 67 % resp. - spätestens ab April 2014 (Ziffer 3.6 des Gutachtens der MEDAS D.____) - von 70 % resultiere (Urk. 1 S. 9 f.). 3.

E. 2.3

Nebst der depressiven Symptomatik erhob bereits Dr. J.____ (im September 2005) - das somatische Leiden begleitende und verlaufsbestimmende -

psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren (ICD-10 F54 [ängstlich vermeidender Schmerzbewältigungsstil, Befürchtungen hinsichtlich Gefährlichkeit der Schmerzen, Verdacht auf eine gestörte emotionale Schmerzverarbeitung mit einer ärgerlich gereizten Stimmung, berufliche Perspektivlosigkeit, anhaltende Verpflichtungen bei Arbeitslosigkeit], Urk. 7/60/11). Auch der psychiatrische Gutachter des C.____ stellte aufgrund der von ihm im Juli 2012 vorgenommenen psychiatrischen Untersuchung die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung gemäss ICD-10 F54 (Urk. 7/115/13).

Der psychiatrische Gutachter der MEDAS D.____

stellte ebenfalls fest, dass zahlreiche Verhaltensauffälligkeiten gemäss ICD-10 F54.4 zu erkennen seien, nämlich Symptomausweitung, Selbstlimitierung, final ausgerichtete

Entschädigungshaltung, Konditionierung, Verharren in der Krankenrolle sowie subjektive Leistungsinsuffizienz (Urk. 7/157/66-67).

Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) wurde hingegen sowohl im Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. A.____ (Urk. 7/50/23) als auch in den psychiatrischen Teilgutachten des C.____

sowie der MEDAS D.____ (Urk. 7/115/13 und Urk. 7/157/67) ausdrücklich ausgeschlossen. 5.2.4

Im Bericht des M.____ der L.____

an die Beschwerdegegnerin vom 4. August 2011 wurde sodann erstmals ein Alkoholabusus (ICD-10 F10.1) erwähnt, wobei diesem kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde (Urk. 7/101; vgl. auch Bericht von Dr. I.____ an die Beschwerdegegnerin vom 28. Oktober 2011, Urk. 7/119). Die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.21) sowie eines Cannabis- und Kokainmissbrauchs (ICD-10 F12.1 resp. ICD-10 F14.1) wurde erstmals im Bericht der N.____ vom 6. August 2014 (Urk. 7/142) gestellt.

Der psychiatrische Gutachter der MEDAS D.____ gelangte - unter Hinweis auf die Beurteilung der Ärzte der N.____ - zum Schluss, dass von einer multiplen Substanzabhängigkeit bzw. von psychischen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch, also einer Polytoxikomanie mit Konsum von Alkohol, Cannabis, Benzodiazepinen und Kokain auszugehen sei (Urk. 7/157/63). 5.2.5

Im Gesamtgutachten der MEDAS D.____ wurden – die besagte Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten präzisierend - die Diagnosen einer unvollständig remittierten depressiven Störung (ICD-10 F33.8), einer Polytoxikomanie (Alkohol, Nikotin, Kokain, Cannabis, Benzodiazepinen [ICD-10 F19.1]) sowie einer Verhaltensauffälligkeit in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F54.4) gestellt (Urk. 7/157/26).

Diese Diagnosen wurden von den Parteien – zu Recht - nicht in Zweifel gezogen. Streitig und zu prüfen sind jedoch deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verlauf seit 2005 bis zur Begutachtung in der MEDAS D.____ im März 2015. 5.3.5.3.1

Die Arbeitsunfähigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes (Art. 6 ATSG). Daher kommt der Arztperson bei der Folgenabschätzung der von ihr erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu, sondern sie nimmt hierzu Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab. Diese ist durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen (BGE 140 V 193 E. 3.1 und E.

3.2). Somit können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass die gesamte gutachterliche Beurteilung ihren Beweiswert verliert (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C_92/2017 vom 20. März 2017 E. 5.1 mit Hinweisen).

Der Nachweis einer Invalidität setzt nach der Rechtsprechung eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte und objektivierbare Beeinträchtigung voraus. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleicher massen (BGE 139 V 547 E. 9.4). 5.3.2

Ein Suchtleiden vermag nach der eingangs dargelegten Rechtsprechung für sich allein keine Invaliderklärung zu begründen (vgl. E. 1.2.4).

Dass das - nach dem Gesagten erstmals im August 2014 diagnostizierte - Sucht leiden des Beschwerdeführers einen invalidisierenden somatischen Gesundheitsschaden

mit andauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bewirkt hat resp. Folge eines solchen ist, wurde beschwerdeweise nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich. Aus rechtlicher Sicht wäre die diagnostizierte Polytoxikomanie daher nur dann beachtlich, wenn ein damit in Zusammenhang stehendes psychisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers bestehen würde. 5.3.3

Bei den Störungen gemäss ICD-10 F50-59 handelt es sich um Verhaltensstörungen in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren. Die Kategorie 54 beinhaltet psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten; sie sollte verwendet werden, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie körperlicher Krankheiten spielen, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Die sich hierbei ergebenden psychischen Störungen sind meist leicht, oft lang anhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_567/2009 vom 17. September 2009 E. 5, mit Hinweis; Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Kodifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 9. Auflage, Bern 2014, Seite 268). Störungen gemäss ICD-10 F54 fallen nicht unter die Schmerzrechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 130 V 352 [bisherige Rechtsprechung]; BGE 141 V 281 [am 3. Juni 2015 geänderte Rechtsprechung]; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_646/2015 vom 19. Mai 2016 E.

4.6 unter Hinweis auf BGE 140 V 8 E. 2.2.3.1) .

Dr. J.____ und der psychiatrische Gutachter des C.____ massen der von ihnen gestellten Diagnose gemäss ICD-10 F54 keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 7/60/11 und Urk. 7/115/13-14). Im Gesamtgutachten der MEDAS D.____ wurde unter dem Titel „Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit“ zwar auch die Verhaltensauffälligkeit in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F54.4) aufgeführt (Urk. 7/157/26). Dies erscheint jedoch nicht nachvollziehbar, hat doch der psychiatrische Gutachter der MEDAS D.____ die von ihm vorgenommene, im Rahmen der Gesamtbeurteilung übernommene Einschätzung (50%ige Arbeitsunfähigkeit resp. Arbeitsfähigkeit von 2 x 2 Stunden pro Tag) - wie Dr. J.____ und der psychiatrische Gutachter des C.____ - nicht mit dieser Diagnose, sondern ausdrücklich mit der Polytoxikomanie sowie der depressiven Störung begründet (Urk. 7/157/65-67). Mit Blick auf die genannten Diagnosekriterien von ICD-10 F54 sowie aufgrund der Feststellungen von Dr. J.____ und der psychiatrischen Gutachter des C.____ sowie der MEDAS D.____

kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es den von ihnen beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten resp. der Schmerzverarbeitungsstörung gemäss ICD-10 F54 bereits an der Schwere, welche auf eine invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung schliessen liesse, fehlt (vgl. E. 5.3.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_482/2016 vom 15. September 2016 E. 4.3 und 9C_646/20

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die bis zur (aufgehobenen) Verfügung vom 18. Juni 2009 (Urk. 7/83) vorliegenden Arztberichte resp. Gutachten wurden in Erwägung 3 des Urteils vom 7. März 2011 (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.1) zusammengefasst (Urk. 7/95/4-10), weshalb sie vorliegend nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen jedoch darauf Bezug genommen.

E. 3.2.1

Im Urteil vom 7. März 2011 erwog das Gericht im Wesentlichen, dass aus somatischer Sicht alle involvierten Ärzte hauptsächlich ein – durch verschiedene klinische und bildgebende Untersuchungen objektivierbares – chronisches zervikospindylogenes, zervikobrachiales und lumbospindylogenes

Schmerzsyndrom diagnostiziert hätten. Sowohl im Rahmen der testbasierten Abklärung der Leistungsfähigkeit in der E.____ als auch in der zuletzt durch die Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen B.____-Begutachtung seien die beteiligten Fachärzte nach einer umfassenden Untersuchung des Beschwerdeführers zum Schluss gekommen, dass dieser – unter Berücksichtigung der Funktionsstörung der Wirbelsäule, der verminderten Belastbarkeit des linken Armes und der eingeschränkten Handkraft – in einer mindestens leichten, seiner Beeinträchtigung angepassten körperlichen Arbeit ganztags leistungsfähig sei. Das Gericht gelangte zum Schluss, dass aus somatischer Sicht für den gesamten Beurteilungszeitraum von einer vollen Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen sei (vgl. E. 4.1 des genannten Urteils).

E. 3.2.2

Zum psychischen Gesundheitszustand wurde im Urteil vom 7. März 2011 im Wesentlichen ausgeführt, Dr. Z.____ und Dr. A.____ hätten im psychiatrischen Gutachten vom 18. September 2007 plausibel aufgezeigt, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung an keiner psychiatrischen Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gelitten habe. Das Gutachten sei insofern vollständig, nachvollziehbar und schlüssig (Erwägung 5.2 des genannten Urteils). Die Gutachter hätten sich jedoch nicht dazu geäußert, ob und bejahen denfalls für welchen Zeitraum und in welchem Ausmass ihrer Ansicht nach die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in der Vergangenheit eingeschränkt gewesen sei. Zudem hätten ihnen bei der Begutachtung verschiedene – im Urteil näher bezeichnete – Berichte gefehlt (vgl. Erwägung 5.4.2 des genannten Urteils). Das Gericht gelangte zum Schluss, dass sich der medizinische Sachverhalt aus psychischer Sicht für den Beurteilungszeitraum als nicht hinreichend abgeklärt erweise. Dementsprechend wies es die Sache zur Vornahme von – im Urteil näher beschriebenen – ergänzenden Abklärungen zurück (vgl. Erwägung 6 des genannten Urteils).

E. 3.3

In der – von der Beschwerdeführerin in Umsetzung des besagten Urteils vom 7. März 2011 (Urk. 7/95) eingeholten – ergänzenden Stellungnahme vom 11. September 2011 (Urk. 7/100) hielt Dr. A.____ zusammenfassend fest, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zwischen März 2005 und September 2007 eine depressive Störung des Beschwerdeführers in abnehmender Schwere angenommen werden könne. Diese Episode alleine habe ab März

2005 in über wiegender Übereinstimmung aller Berichte zu einer maximal 50%igen Arbeitsunfähigkeit (ausserhalb stationärer Behandlungen) geführt. Ab April 2007 sei eine leichtgradige Schwere der Episode dokumentiert, weshalb rein medizinisch ab Mai 2007 noch von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden könne, welche schliesslich ab September 2007 gar nicht mehr begründbar sei, weil nur noch geringe Restsymptome vorhanden seien (Urk. 7/100/8).

E. 3.4.1

Im Weiteren holte die Beschwerdegegnerin nach erfolgter Rückweisung unter anderem die polydisziplinären Gutachten des C.____ sowie der MEDAS D.____ vom 10. November 2012 (Urk. 7/115) resp. vom 27. April 2015 (Urk. 7/157) ein (zu den weiteren seit der Verfügung vom 18. Juni 2009 eingeholten resp. eingereichten Berichte vgl. die Zusammenfassung der medizinischen Akten im Gutachten der MEDAS D.____ vom 27. Januar 2015 , Urk. 7/157/12-17 und Urk. 7/157/26-28 , sowie die nachfolgenden Erwägungen).

E. 3.4.2

Im polydisziplinären Gutachten des C.____ (allgemeininternistisch, psychiatrisch, rheumatologisch und gastroenterologisch) vom 10. November 2012 (Urk. 7/115) nannten die Gutachter im Rahmen der Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/115/22) : 1. Chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0) - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - radiologisch Spondylosis

deformans C5-C7 - Diskushernie C5/6 und C6/7 ohne Neurokompression (MRI 3/10) 2. Chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - Diskushernie L2/3 und L5/S1 ohne Neurokompression (MRI 4/06) - radiologisch Spondylosis

deformans obere und mittlere Brustwirbelsäule (BWS), Osteochondrose L1/2 und Chondrosen L2-S1 3. Chronische Diarrhoe - wohl multifaktorieller Natur

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter die folgenden an (Urk. 7/115/23) : 1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) 2.

Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) 3. Status nach rezidivierender akuter Pankreatitis - Ätiologie unklar, Verdacht auf aethyltoxische Ursache 4. Verdacht auf beginnendes metabolisches Syndrom - Übergewicht (BMI 28 kg/m²) - hypertone Blutdruckwerte (bisher keine entsprechende Behandlung) - anamnestisch Blutzuckererhöhung 5. Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ca. 50py, ICD-10 F17.1)

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter im Rahmen der Gesamtbeurteilung aus, dass bei den Untersuchungen im C.____ die vom Beschwerdeführer angegebenen Rücken- und Nackenbeschwerden im Vordergrund gestanden hätten. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden liessen sich nur zum Teil mit den objektiven klinischen und radiologischen Befunden erklären. Es lägen auch Zeichen von nicht-organischer Beschwerdegenese mit positiven Waddelzeichen vor. Aus rheumatologischer Sicht sei er für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % arbeits- und

leistungsfähig. Die früher ausgeübten körperlich schweren Tätigkeiten seien ihm nicht mehr zumutbar. Aus gastro enterologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für eine körperlich leichte Tätigkeit nicht eingeschränkt. Der Zugang zu einer Toilette müsste gewährleistet sein. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, ebenso wenig aus allgemein internistischer Sicht (Urk. 7/ 115/ 23-24). Aufgrund der anamnestischen Angaben, ihrer Untersuchungs befunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsun fähigkeiten gingen sie davon aus, dass die Arbeitsun fähigkeit für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seit März 2005 bestehe. Kurzzeitige Arbeitsunfähigkeiten, auch für angepasste Tätigkeiten, hätten während der Phasen der akuten Pankreatitis bestanden. Eine länger dauernde höhere Arbeits unfähigkeit für angepasste Tätigkeiten im bisherigen Verlauf könne nicht bestätigt werden (Urk. 7/115/24).

E. 3.4.3

Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS D.____ vom 27. April 2015 (rheumatologisch, neurologisch, psychiatrisch) wurden im Rahmen des polydisziplinären Konsens folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/157/26): - Unvollständig remittierte depressive Störung (ICD-10 F33.8) - Polytoxikomanie (Alkohol, Nikotin, Kokain, Cannabis, Benzodiazepine [ICD

E. 7

ATSG) geworden ist oder b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 in Kraft gestandenen Fassung; entspricht Art. 28 Abs. 2 IVG in der seit dem 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Fassung).

E. 10

F19.2]) - Verhaltensauffälligkeit in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F54.4) - Chronisches thorakovertebrales Syndrom mit relevantem Risiko für Osteoporose /Osteoporose (ICD-10 M54.5)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Hypertonie ohne Zeichen einer Herzinsuffizienz (ICD-10 I10.00), ein Diabetes (wahrscheinlich Typ 2, ICD-10 E11.90), eine Adipositas (BMI 28; ICD-10 E11.6) sowie eine Varikosis beiderseits mit chronisch venöser Insuffizienz (ICD-10 I83) genannt.

Die Gutachter führten aus, der Beschwerdeführer habe gegenüber allen Gutachtern über seinen täglichen Alkoholkonsum und Nikotinabusus berichtet. Ausserdem konsumiere er Kokain und Cannabis, er sei zurzeit in einem Loch. Bei der internistischen Begutachtung hätten sich bei Nikotin- und Alkoholfaktor eine Gynäkomastie, eine palpabel vergrösserte Leber sowie eine beiderseitige Varikosis gefunden. Die ermittelten Laborwerte würden zur angegebenen Polytoxikomanie passen. Der Diabetes sei gut eingestellt. Von neurologischer

Seite her seien keine radikulären Reizzeichen feststellbar, lediglich diskrete radikuläre Ausfallzeichen im Versorgungsgebiet der Wurzel C 7. Die pathologische Rele vanz der neurologischen Befunde sei gering. Bei der rheumatologischen Begutachtung lasse sich ein chronisches vertebrogenes

Thorakovertebralsyndrom feststellen, dabei liege ein relevantes Risiko für eine Osteopenie /Osteoporose vor. Vor allem wegen der Situation des mittleren Achsenskeletts mit potenziell sinterungsaktiver Osteopenie liege eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Dabei sei für die bisherigen Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit anzu setzen, für eine angepasste Verweistätigkeit könne eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Urk. 7/157/28). Die psychiatrische Begutachtung bestätige eine multiple Substanzabhängigkeit, welche aber willentlich mit entsprechenden therapeutischen Massnahmen durchaus überwindbar sei. Auch unter Würdigung der Vorberichte sei vom Vorliegen einer depressiven Störung auszugehen, dies in wechselndem Ausmass. Daneben fänden sich auch Verhaltensauffälligkeiten wie Symptomausweitung, Selbstlimitierung, Verharren in der Krankenrolle oder subjektive Leistungsinsuffizienz. Teilweise fänden sich auffällige Antworten und keine authentisch wirkenden Detailschilderungen, so dass eine Aggravation nicht auszuschliessen sei. Die Beschwerdeschilderungen seien diffus mit fehlenden Detailangaben, Widersprüche und Diskrepanzen seien vor handen. Im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung mit psychiatrischer Komorbidität bei Polytoxikomanie sei die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Diese betrage aus psychiatrischer Sicht 50 % an 2 x 2 Stunden am Tag, dies unter der Voraussetzung, dass der Beschwerdeführer seiner Sucht nicht weiter nachgehe. Dies sei mit Willensanstrengung und Inanspruchnahme von Therapie zu bewältigen. Interdisziplinär sähen sie Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht. Für eine adaptierte rückschonende Tätigkeit würde die Arbeitsfähigkeit bei 80 % liegen, gesamt haft seien aber nur 50 % anzusetzen, dies im Rahmen der psychiatrischen Erkrankung (Urk. 7/157/28-29). Es sollte sich bei der angepassten Tätigkeit um einfach strukturierte Tätigkeiten handeln, ohne Bedienung von gefährlichen Maschinen oder mit hoher Konzentrationsanforderung, keine Schichtarbeit und ohne Notwendigkeit zur Führung eines Fahrzeugs. Erforderlich seien Arbeiten in Wechselpositionen ohne häufige Überkopftätigkeiten. Das Heben und Tragen sei bis 30

kg möglich. Vibrations- oder Rüttelbewegungen seien zu vermeiden (Urk. 7/157/31).

Zur Frage, ob und gegebenenfalls mit welchen medizinisch zumutbaren Massnahmen die Arbeitsfähigkeit verbessert werden könnte, führten die Gutachter aus, medizinisch zumutbar seien Massnahmen zur Aufgabe des Suchtverhaltens wie Übertritt in ein Übergangwohnheim, Suchtgruppenbetreuung. Auch in Bezug auf die rheumatologischen Beschwerden sei die Reduktion des Alkohol- und Nikotinkonsums ratsam. Nach erfolgten Osteoporose-Abklärungen sollten entsprechende Therapiemassnahmen erfolgen. Zudem sollten Instruktionen für rückengerechtes Verhalten durchgeführt werden. Durch diese Massnahmen könne sich medizinisch-theoretisch und bei entsprechender Motivation des Beschwerdeführers, welche aber sehr fraglich erscheine, eine Besserung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Vorrangige Voraussetzung wäre, dass der Beschwerdeführer seiner Sucht nicht weiter nachgehe. Die erforderliche Willensleistung sei weder durch Depression noch durch Abhängigkeit im vorliegenden Fall vollständig blockiert

(Urk. 7/157/31). 4 . 4 . 1

In somatischer Hinsicht ist aufgrund des Urteils des hiesigen Gerichts vom 7. März 2011 - unstrittig - davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer im damals zu beurteilenden Zeitraum (März 2005 bis 18. Juni 2009) die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr, eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit jedoch zu 100 % zumutbar war. 4 .2

Im November 2010 machte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf einen Bericht der F.____ vom 1. November 2010 (Urk. 7/90) zwar geltend, sein somatischer Gesundheitszustand habe sich seither verschlechtert; seit vier bis fünf Monaten leide er unter starken Schmerzen im gesamten linken Schultergelenk sowie in der Trapeziusmuskulatur (Urk. 7/91). Ausserdem reichte er im Oktober 2011 einen Bericht des G.____ vom 13. Oktober 2011 ein, aus welchem unter anderem hervor geht, dass er am 3. Oktober 2011 die dritte Episode einer akuten Pankreatitis erlitt (Urk. 7/105-106). Die Gutachter des C.____ gelangten jedoch im polydisziplinären Gutachten vom 10. November 2012 (Urk. 7/115) aufgrund der von ihnen durchgeführten umfassenden somatischen Abklärungen (allgemeininternistisch, rheumatologisch und gastroenterologisch) zum Schluss, dass im bisherigen Verlauf in einer angepassten körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit keine andauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden könne und der Beschwerdeführer in einer solchen Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeits- und leistungsfähig sei (Urk. 7/115/24; vgl.

E. 3.4.2) .

Diese – in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten vorgenommene und nachvollziehbar begründete – Einschätzung der C.____ -Gutachter erscheint überzeugend. Es ist daher davon auszugehen, dass aus rein somatischer Sicht im Zeitpunkt der Begutachtung im C.____ (Juli 2012) in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestand. 4 .3

Die Gutachter der MEDAS D.____ attestierten dem Beschwerdeführer im polydisziplinären Gutachten vom 27. April 2015 (Urk. 7/157) aus rein somatischer Sicht (internistisch, rheumatologisch, neurologisch) für adaptierte rückschonende Tätigkeiten zwar nur noch eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (Urk.

7/157/28-29) . Im Gegensatz zu den C.____ -Gutachtern erachteten die Gutachter der MEDAS D.____ aber in qualitativer Hinsicht das Heben und Tragen von maximal 30 Kilogramm und damit nicht nur körperlich leichte Tätigkeiten als zumutbar (Urk. 7/157/31) . Hinzu kommt, dass der rheumatologische Gutachter der MEDAS D.____ zur Begründung seiner Einschätzung, wonach in einer (eben auch das Heben und Tragen von maximal 30 Kilogramm beinhaltenden) angepassten Tätigkeit eine um „maximal“ 20 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (Urk. 7/157/51) , nicht eine seit der Begutachtung im C.____ eingetretene Verschlechterung der klinischen Befunde, sondern einen

bloßen - Verdacht auf eine potentiell chronisch sinterungsaktive Osteoporose resp. ein relevantes Risiko für Osteopenie /Osteoporose anführte. Da ferner im neurologischen Teilgutachten der MEDAS D.____ lediglich auf „mögliche“ qualitative Auswirkungen der darin genannten klinischen Auffälligkeiten und elektrophysiologischen Befunde bei Tätigkeiten, welche einen Krafteinsatz über dem Kopf oder ein Abstützen des Körpers mit dem linken Arm erfordern, hingewiesen wurde (Urk. 7/157/39-40) , ist nicht ersichtlich, weshalb in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit nunmehr eine somatisch bedingte 20%ige Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehen soll. 4 .4

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2015 von einem seit dem Urteil vom 7. März 2011 (Urk. 7/95) im Wesentlichen unveränderten somatischen Gesundheitszustand ausgegangen ist. 5.1

Strittig und zu prüfen ist im Weiteren, ob im Beurteilungszeitraum (März 2005 bis Oktober 2015) ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorlag. 5.2.1

Der Beschwerdeführer wurde im genannten Zeitraum insgesamt viermal psychiatrisch begutachtet, nämlich - im Auftrag des Krankenversicherers - im Januar 2006 durch Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 7/29/52-62) und - im Auftrag der Beschwerdegegnerin - im August 2007 durch Dr. Z.____ und Dr. A.____ (Urk. 7/50), im Juli 2012 im C.____

(Urk. 7/115/11-15) und im März 2015 in der MEDAS D.____ (Urk. 7/157/53-68).

Im Gutachten von Dr. H.____ wurden die sich stellenden Fragen aus den in Erwägung 5.5.4 des Urteils des hiesigen Gerichts vom 7. März 2011 (Urk. 7/95) genannten Gründen nicht schlüssig beantwortet. Das Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. A.____ wurde laut dem genannten Urteil ohne Kenntnis wichtiger Vorakten (Anamnese) erstattet. Im Verbund mit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten ergänzenden Stellungnahme von Dr. A.____ vom 11. Juli 2011 (Urk. 7/100; vgl. E. 3.3) erfüllt es nun aber sämtliche Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.4). Dem psychiatrischen Gutachter des C.____ lag der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. I.____ vom 28. Oktober 2011 (Urk. 7/119/3) nicht vor. Da der psychiatrische Gutachter des C.____ einen vollständigen Psychostatus erhob, die geklagten Beschwerden berücksichtigte und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandersetzte (Urk. 7/115/12-14), besteht aber kein Grund, dessen Beurteilung des psychischen Beschwerdebildes

im Begutachtungszeitpunkt (Juli 2012) in Zweifel zu ziehen. Ebenso verhält es sich bei den - in Kenntnis sämtlicher Vorakten gemachten - Angaben des psychiatrischen Gutachters der MEDAS D.____ zum psychischen Beschwerdebild im Zeitpunkt der dortigen psychiatrischen Begutachtung (März 2015). 5.2.2

Im - nach dem Gesagten insoweit beweiskräftigen - Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. A.____ vom 18. September 2007 (Urk. 7/50) wurde keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4), und ein Abhängigkeitssyndrom von Tabak, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.24), genannt (Urk. 7/50/23). In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 11. März 2011 legte Dr. A.____ - in einlässlicher Auseinandersetzung mit den ihm anlässlich der Begutachtung nicht zur Verfügung stehenden ärztlichen Berichten - dar, dass zwischen März 2005 und September 2007 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine depressive Störung abnehmender Schwere bestanden habe, wobei ab April 2007 noch eine leichtgradige depressive Episode nachvollzogen werden könne. Er attestierte dem Beschwerdeführer bis März 2007 (ausserhalb stationärer Behandlungen) eine maximal 50%ige, danach eine 30%ige und

ab September 2007 keine Arbeitsunfähigkeit (mehr [Urk. 7/100/8-9]).

Zu präzisieren ist, dass der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage anfangs März 2005 wegen - erklärbarer - Nackenbeschwerden, mithin aus somatischen Gründen, krankgeschrieben

worden war .

Von einem depressiven Leiden (mittel- bis schwergradige depressive Episode mit psychotischen Symptomen und so ma tischem Syndrom ([ICD-10 F32.3]) ist erstmals im Bericht von Dr. med. J.____ , Oberärztin des psychosomatischen Dienstes der E.____ , vom 2 2. September 2005 (Urk. 7/60/9-12) die Rede.

Was den Verlauf der depressiven Symptomatik seit der Begutachtung durch Dr. Z.____ und Dr. A.____ (August 2007) betrifft, so teilte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers der Beschwerdegegnerin am 8. Oktober 2008 mit, dieser stehe offenbar seit längerer Zeit in psychiatrischer Behandlung bei Dr. K.____ . Diese habe ihm berichtet, dass sich dessen Gesund heitszu stand wesentlich verschlechtert habe und derzeit ein schweres depressives Zustandsbild bestehe (Urk. 7/75). Dr. med. I.____ , FMH Psychiatrie und Psycho therapie, welcher den Beschwerdeführer seit Oktober 2005 ambulant psy chiatrisch be handelt hatte, diagnostizierte in seinem Bericht an die Beschwerde gegnerin vom 31. Oktober 2011 – nebst einer Anpassungs störung mit multipler Symptomatik (ICD-10 F43.23, F43.24, F43.25) sowie einer Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) – eine depressive Episode mittleren, intermittierend auch schweren Grades (ICD-10 F32.1, F32.2). Unter Hinweis auf eine in jüngster Zeit eindeutig eingetretene Verschlechterung sowohl des psychischen als auch des somatischen Zustandes attestierte er dem Beschwerdeführer e ine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/119). Die Ärzte der L.____ , Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie West, M.____ nannten in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 4. August 2011 (Urk. 7/101) als Diagnosen mit Aus wirku ng auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit depressiver Reak tion (F43.2), bestehend seit 2005, eine intermittierend eingeschränkte Impuls kontrolle (F63.9) sowie eine Zervikalneuralgie . Sie hielten im Weiteren fest, dass durch die Überlagerung der Schmerzsymptomatik mit einer psychischen Stö rung die konkrete Festlegung auf einen Schweregrad schwierig sei. Über den Zeitraum zwischen 2005 und 2010, in welchem sie den Beschwerdeführer mit Unterbrüchen behandelt hätten, gingen sie von einer Arbeitsunfähigkeit zwischen 30 % und 70 % aus (Urk. 7/101/1). Im – insoweit als beweiskräftig zu erachtenden (vgl. E. 5.2.1) - psychiatrischen Teilgutac hten des C.____ (Untersu chung vom 3. Juli 2012) wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie eine Schmerzverarbeitungsstöru ng (ICD-10 F54) angeführt (Urk. 7/115/13). Dr. I.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 24. Januar 2014 fest, aufgrund seiner Inter pretation des klinischen Bildes liege eine mittelgradige depressive Episode mit gelegentli chen Phasen schweren Grades vor. Die psychiatrische Symptomatik habe sich seit 2012 verschlechtert (Urk. 7/133). Die Ärzte der N.____ , in welcher der Beschwerdeführer vom 1 0. April bis 22.

Juli 2014 stationär behan delt worden war, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 6. August 2014 unter anderem eine rezidivierende depressive Episode, mittelgra dig (ICD-10 F33.1 [Urk. 7/142/1]) .

Der psychiatrische Gutachter der MEDAS D.____ bemerkte zur depressiven Symptomatik , dass es angesichts der Aktenlage, der Anamnese und der Befunde sinnvoll sei, davon auszugehen, dass eine rezidivierende depressive Störung vorliege, immer wieder in verschiedenem Ausmass, selten wohl vollständig remittiert, aktuell als unvollständig remittiert zu bezeichnen , zumal das Bild gegenwärtig eindeutig gekennzeichnet sei durch die Dysregulation des Tages ablaufes, den gestörten Tag-Nachtrhythmus, die Strukturlosigkeit und die Polytoxikomanie

(Urk. 7/157/64) . Gesamthaft lasse sich aus diesem Krankheitsbild eine dauerhafte n Arbeitsfähigkeit von nicht mehr als 50 % ableiten (Urk. 7/157/67 , vgl. aber Urk. 7/157/30 Ziffer 3.6) . 5.

E. 15

vom 19. Mai 2016 E. 4.6) . 5.3.4

Ausschlaggebend ist somit, ob der seit September 2005 aktenkundigen depressiven Symptomatik eine invalidisierende Wirkung beizumessen ist. 5.4.5.4.1

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). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). 5.4.2

Von den involvierten Ärzten gingen einzig Dr. J.____, Dr. K.____ und Dr. I.____ vom Vorliegen einer mittelschweren bis -

intermittierend - schweren depressiven Symptomatik aus (vgl. E. 5.2.2) . Die von Dr. J.____ in ihrem Bericht vom 22. September 2009 vorgenommene Einstufung der depressiven Symptomatik als mittelschwer bis „schwer“ kann dabei aufgrund der von ihr erhobenen Befunde (Urk. 7/60/10-11) sowie ihrer weiteren Feststellungen (Urk. 7/60/11) nicht nachvollzogen werden (vgl. Urk. 7/100/4). Dr. K.____ reichte der Beschwerdegegnerin - trotz mehrfacher Aufforderung - keinen Arztbericht ein (Urk. 7/78 und Urk. 7/82/3] . Dr. I.____ hat in den genannten Berichten vom 31. Oktober 2011 und 24. Januar 2014 zu den angeblich intermittierend auftretenden schweren depressiven Episoden keine nachvollziehbaren (konkreten) Feststellungen gemacht. Zudem ist nicht aktenkundig, dass seit 2011 je eine (teil-)stationäre Behandlung stattgefunden hat, was bei Vorliegen einer schweren depressiven Symptomatik jedoch zu erwarten gewesen wäre. Schliesslich ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, nach welcher behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 456 E. 4.5).

Es ist daher überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die depressive Symptomatik anfänglich (September 2005) mittelgradiger Ausprägung, ab April 2007 leichter Ausprägung, im August 2007 (Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Z.____ und Dr. A.____) vollständig remittiert und im weiteren Verlauf unterschiedlicher, aber (ebenfalls) nicht schwerer Ausprägung war. Dabei ist in der Zeit seit August 2007 zumindest zeitweise nur eine maximal leichtgradige depressive Symptomatik (vgl. Befunde und Diagnosen im Bericht des M.____ vom 4. August 2011 [Urk. 7/101/4; vgl. dazu Urk. 7/115/14] sowie im

psychiatrischen Teilgutachten des C.____ [Untersuchung vom 3. Juli 2012, Urk. 7/115/12-13] und im Zeitpunkt der Begutachtung in der MEDAS D.____ (März 2015) sogar nur mehr eine unvollständig remittierte depressive Symptomatik belegt (Urk. 7/157/64). 5.4.3

Wie erwähnt, kam es bis zur Begutachtung durch Dr. Z.____ und Dr. A.____ im August 2007 unter der seit Oktober 2005 durchgeführten Behandlung zu einer vollständigen Remission der (seit September 2005 aktenkundigen) depressiven Symptomatik. Bis August 2007 kann deshalb augenscheinlich nicht von einer Therapieresistenz ausgegangen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_58/2016 vom 11. Mai 2016 E. 4.2). Dies gilt umso mehr, als im Zwischenbericht der Klinik für affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie der L.____ vom 15. Februar 2007, in welcher der Beschwerdeführer vom 23. Januar bis 16. März 2007

hospitalisiert war, bemerkt worden war, der Beschwerdeführer habe sich Medikamenten wie auch allen Therapien gegenüber sehr entwertend gezeigt, so dass es schwierig sei, mit den neuen Medikamenten im gegenwärtigen Zeitpunkt auf Erfolg zu hoffen (Urk. 7/50/37). Daran änderte sich laut dem Austrittsbericht der genannten Klinik vom 23. März 2007 bis zum 16. März 2007 – auf eigenen Wunsch des Beschwerdeführers hin – erfolgten Austritt aus der genannten Klinik nichts. Erschwerend komme hinzu, dass der Beschwerdeführer sehr auf den IV-Bescheid hoffe (Urk. 7/50/31-33). Es besteht deshalb Grund zur Annahme, dass der Beschwerdeführer die ihm zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten in der Zeit vor der Begutachtung durch Dr. Z.____ und Dr. A.____ nicht in kooperativer Weise optimal ausgeschöpft hat.

Im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Z.____ und Dr. A.____ wurde der Beschwerdeführer – wie bereits ab Januar 2006 bis zum Eintritt in die O.____ der L.____ am 23. Januar 2007 (vgl. Urk. 7/30, Urk. 7/44 und Urk. 7/50/36) – psychiatrisch durch Dr. med. P.____

betreut, wobei er diesen offenbar ein- bis zweimal pro Monat aufsuchte (7/50/5). Nachdem er zwischenzeitlich (2008/2009) durch Dr. K.____ behandelt worden war (Urk. 7/75; ein Arztbericht war von dieser Ärztin, wie erwähnt, nicht erhältlich), stand er offenbar ab 8. Juni 2009 wieder im M.____ in Behandlung (Urk. 7/79). Ende Oktober 2010 beendete er die dortige Behandlung auf eigenen Wunsch und wechselt er – wie der – zu Dr. I.____ (Urk. 7/101/2). Gemäss dessen Angaben fanden die Sitzungen bei ihm monatlich (Oktober 2011) resp. zweiwöchentlich bis monatlich (Januar 2014) statt (Urk. 7/119/2 und Urk. 7/133). Vom 10. April bis 22. Juli 2014 und von Oktober bis Dezember 2014 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der N.____ auf, wobei die dortige Behandlung auf den Entzug resp. die Entwöhnung ausgerichtet war (Urk. 7/142, Urk. 7/157/20 und Urk. 7/157/63). Danach wurde er durch Dr. I.____ weiterbetreut. Gemäss seinen eigenen Angaben anlässlich der Begutachtung suchte der Beschwerdeführer Dr. I.____ damals mindestens einmal pro Woche auf (Urk. 7/157/20-21).

Dem Gutachten von Dr. Z.____ und A.____ ist zu entnehmen, dass im August 2007 das laut den Angaben des Beschwerdeführers damals eingenommene Trimipramin (Antidepressivum) zwar nachgewiesen werden konnte, jedoch nicht im therapeutischen Bereich lag (Urk. 7/50/5 und Urk. 7/50/19). Im Zeitpunkt der Begutachtung im C.____ lag offenbar der Wirkstoff Escitalopram (Antidepressivum Cipralex) zwar im therapeutischen Bereich (Urk. 7/115/10). Im Zeitpunkt der Begutachtung in der MEDAS D.____ war dies aber wiederum nicht der Fall (Urk. 7/157/36). Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter

der MEDAS D.____ erklärte der Beschwerdeführer denn auch, dass er Medikamente ausserhalb der Klinikzeiten nur unregelmässig resp. (Psychopharmaka) gar nicht einnehme. Der psychiatrische Gutachter der MEDAS hielt – dementsprechend – fest, dass die Compliance des Beschwerdeführers letztlich gering sei

(Urk. 7/157/62). Im Hinblick darauf sowie angesichts der zumindest bis August 2014 bloss monatlich en resp. zweiwöchentlichen bis monatlichen Therapieintervalle kann auch seit der Begutachtung im August 2007 nicht von einer konsequenten Depressionsbehandlung gesprochen werden, welche wegen Resistenz der Depression als gescheitert betrachtet werden müsste (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8 C_131/2016 vom 14. Juli 2016 E. 5.3.2 und 8C_814/2016 vom 3. April 2017 E.

5.3.2 mit Hinweisen). Dies gilt umso mehr, als die Gutachter der MEDAS D.____ im Rahmen der Gesamtbeurteilung feststellten, dass die für die Inanspruchnahme der zumutbaren therapeutischen Massnahmen erforderliche Willensleistung weder durch die Depression noch durch die Abhängigkeit vollständig blockiert sei und sich medizinisch-theoretisch, bei entsprechender Motivation des Beschwerdeführers, eine Besserung der Arbeitsfähigkeit ergeben könnte (Urk. 7/157/31). 5.4.4

Ins Gewicht fällt sodann, dass seitens der involvierten Arztpersonen von Anbeginn an auf das psychische Beschwerdebild erheblich mitbestimmende psychosoziale Belastungsfaktoren (vgl. E. 1.2.3) hingewiesen wurde (vgl. Bericht von Dr. J.____ vom 22. September 2005, Urk. 7/60/11 [Perspektivlosigkeit, anhaltende Verpflichtungen bei Arbeitslosigkeit]; Austrittsbericht der Q.____ vom 7. Dezember 2005, Urk. 7/60/17 [finanzielle

Unsicherheit, Versicherungsprobleme, schwierige familiäre Situation]; Berichte der Klinik für affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie der L.____ vom 15. Februar 2007, Urk. 7/50/37 [prekäre finanzielle Situation, Trennung von der Familie], und vom 27. März 2007, Urk. 7/50/31-33 [Schulden]; ergänzende Stellungnahme von Dr. A.____ vom 11. Juli 2011, Urk. 7/100/8; Bericht des M.____ vom 4. August 2011, Urk. 7/101/1). Die Ärzte des M.____ äusserten sich denn in ihrem Bericht vom 4. August 2011 auch dahingehend, dass für eine erfolgreiche Behandlung - nebst einer effektiven Schmerzbehandlung und psychiatrisch stabilisierender Hilfsangebote - auch sozialarbeiterische Hilfsmassnahmen erforderlich seien (Urk. 7/101/3).

Laut dem psychiatrischen Gutachter der MEDAS D.____

war das psychische Beschwerdebild im Zeitpunkt der Begutachtung eindeutig durch die Dysregulation des Tagesablaufes, den gestörten Tag-Nachtrhythmus, die Strukturlosigkeit und die Polytoxikomanie - mithin nicht durch für eine Depression typische Symptome - gekennzeichnet (Urk. 7/157/64). An anderer Stelle wies er darauf hin, dass keine Hinweise auf eine Störung im Sinne eines sozialen Rückzuges vorlägen; stattdessen Herumziehen mit anderen, leichte Umtriebigkeit im Zusammenhang mit der Drogenbeschaffung und des Drogenkonsums (Urk. 7/157/61) resp. Verlust der bürgerlichen Existenz im Rahmen des Drogenkonsums (Urk. 7/157/67). Vorherrschende Symptomatik im Zeitpunkt der Begutachtung in der MEDAS D.____ war demnach zumindest teilweise die durch den Drogenkonsum geprägte psychosoziale Problematik. Die vom psychiatrischen Gutachter der MEDAS D.____

abgegebenen Therapieempfehlungen

(st at ionärer Entzug, Entwöhnungsbehandlung, nachfolgende therapeutische Schritte, nämlich Übertritt in ein Übergangwohnheim, Langzeitbehandlung, ambulante Suchtgruppen etc. [Urk. 7/157/66]) beziehen sich denn auch in erster Linie auf die Behandlung der Suchtproblematik. Ausserdem wies er ausdrücklich darauf hin, dass sich durch ambulante Gespräche bei einem vertrauten Psychiater die schwierige psychosoziale Situation, die den Krankheitsverlauf negativ aufrechterhalte, nicht auffangen lasse (Urk. 7/157/67 ; vgl.

auch Bericht der N.____ vom 6. August 2014, worin festgehalten wurde, dass die Standortbestimmung mit dem Sozialdienst einen breiten Raum eingenommen habe [Urk. 7/142/2]). 5.4.5

Schliesslich ist zu beachten, dass der psychiatrische Gutachter der MEDAS D.____

- wie bereits die Ärzte der Klinik für affektive Erkrankungen und Sozialpsychiatrie der L.____ in ihren Berichten vom 15. Februar und 27. März 2007

(Urk. 7/50/37 und Urk. 7/50/32) - auf eine fehlende Bereitschaft des Beschwerdeführers zur Veränderung hinwies. Absichten bezüglich beruflicher Veränderungen seien überhaupt nicht zu diskutieren. Das subjektive Leistungs-konzept sei mit einer völligen Leistungsinsuffizienz verbunden. Eine Leistungsmotivation sei nicht erkennbar (Urk. 7/157/62). Sodann bemerkte er

wie die Ärzte des B.____ (Bericht vom 25. Juni 2008, Urk. 7/71/4) - Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers sowie eine Selbstlimitierung (Urk.

7/157/62 und Urk. 7/157/65). Eine Simulation oder Dissimulation erachtete er als nicht vorliegend, eine Aggravation schloss er jedoch nicht aus (Urk. 7/157/62). 5.4.6

Zusammenfassend resultiert aus der seit September 2005 aktenkundigen rezidivierenden depressiven Störung angesichts der nicht besonders ausgeprägten Befunde (vgl. E. 5.2.2 und 5.4.2), der nicht ausgewiesenen Therapie-resistenz (vgl. E. 5.4.3)

und der das Beschwerdebild von Anfang an erheblich beeinflussenden invaliditätsfremden Faktoren (vgl. E. 5.4.4 ; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1 und 8C_746/2016 vom 3. Februar 2016 E. 5.4) sowie ferner auch angesichts der dargelegten Hinweise auf Selbstlimitation, subjektive Invaliditätsüberzeugung, fehlende Motivation und Aggravation (vgl. E. 5.4.5) für den gesamten Beurteilungszeitraum keine rechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. 5.5

Demnach ist – mangels Vorliegens eines invalidisierenden psychischen Leidens (vgl. E. 5.3) - eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit im Beurteilungszeitraum gänzlich zu verneinen. 6.6.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 6.2 6.2.1

Das Valideneinkommen ist so konkret wie möglich zu bestimmen. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen). In diesem Sinn bedarf das Abgehen vom zuletzt erzielten Verdienst besonderer

Begründung (Urteil des Bundesgerichtes 9C_846/2015 vom 2. März 2016 E. 2.2 Abs. 3).
6.2.2

Gemäss Aktenlage war der Beschwerdeführer von August 1996 bis August 2003 als Betriebsmitarbeiter bei der R.____ tätig, wobei er dort ein schwankendes Einkommen (rund Fr. 43'000.-- im Jahr 2001, rund Fr. 49'000.-- in den Jahren 1997 und 2000 und rund Fr. 53'000.-- in den Jahren 1998, 1999 und 2002) erzielte. Von September 2003 bis Mai 2004 bezog er Arbeitslosenentschädigung (Urk. 7/9 3). Ab dem 19. Juli 2004 war er bei der Y.____ angestellt. Diese kündigte das Arbeitsverhältnis am 24. Februar 2005, wobei die Kündigungsfrist aufgrund der am 1.

März 2005 erfolgten Krankschreibung bis Ende April 2005 verlängert wurde (Urk. 7/32/1).
6.2.3

Gemäss den Lohnabrechnungen der Y.____ betrug der dortige monatliche Bruttolohn bis Ende 2004 Fr. 4'200.-- und ab Januar 2005 Fr. 4'500.-- (x 13). Ausserdem wurden ihm unter dem Titel „Provision“ im Oktober 2004 Fr. 1'012.--, im April 2005 Fr. 551.60 und im Oktober 2005 Fr. 850.50 („Nachzahlung“) ausbezahlt (Urk. 7/32/8-17).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 10) kann angesichts der Unregelmässigkeit der Provisionszahlungen während der nicht einmal ein Jahr dauernden Anstellung nicht als erstellt gelten, dass er auch künftig Provisionen in der Höhe der bisherigen erhalten hätte. Dies gilt umso mehr, als er nach dem Gesagten auch in den Vorjahren ein unregelmässiges Einkommen erzielt hatte. Hinzu kommt, dass die Y.____ die Kündigung damit begründete, dass der Beschwerdeführer ihre Vorstellungen für die von ihm auszuführenden Tätigkeiten nicht erfüllen können (Urk. 7/32/1 und Urk. 7/32/5). Er habe zu wenig produktiv gearbeitet und sich nicht richtig ins Team einfügen können (Urk. 7/32/7). Dies lässt aber darauf schliessen, dass die Y.____

das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer auch im Gesundheitsfall nicht fortgesetzt hätte. 6.2.4

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen nicht aufgrund des zuletzt erzielten tatsächlichen Einkommens, sondern aufgrund des Tabellenlohnes der LSE, Tabellengruppe TA1, Total, Männer, Anforderungsniveau 4, berechnet hat. Da ein allfälliger Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Jahr 2006 entstanden sein könnte, ist jedoch nicht die LSE 2010, sondern die LSE 2006 heranzuziehen. 6.3

Da der Beschwerdeführer seit März 2005 keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist auch das Invalideneinkommen aufgrund des genannten Tabellenlohnes der LSE 2006 zu bestimmen. 6.4 6.4.1

Sind – wie hier - Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 8C_628/2015 vom 6. April 2016 E. 5.3.5 mit Hinweisen). 6.4.2

Da ein allfälliger Abzug vom Tabellenlohn (zu den Abzugsgründen vgl. BGE 126 V 75 E. 5b/aa) nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes 25 % nicht übersteigen darf (BGE 135 V 279 E. 5.2 und BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 4.1.2), kann sich bei 100%iger Arbeits- und

Leistungsfähigkeit ein Invaliditätsgrad von maximal 25 % ergeben und resultiert demnach jedenfalls kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. 6.4.3

Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad würde sich im Übrigen auch dann nicht ergeben, wenn aufgrund des Gutachtens der MEDAS D.____

vom 27. April 2015 davon ausgegangen würde, dass aus somatischen Gründen in einer angepassten Tätigkeit nunmehr eine um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit besteht (Urk. 7/157/28-29 und Urk. 7/157/51; vgl. E. 4.3).

In diesem Fall wäre zu beachten, dass trotz der vom rheumatologischen und neurologischen Gutachter der MEDAS D.____ attestierten quantitativen und/oder qualitativen Beeinträchtigungen (vgl. E. 4.3) ein breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten besteht. Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten. Wenn überhaupt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_658/2015 vom 9. Mai 2016

E. 5.2.1 mit Hinweis), liesse

sich unter diesen Umständen ein leidensbedingter Abzug von höchstens 10 % vom Tabellenlohn rechtfertigen. Im Weiteren wäre bei reduzierter Leistungs-, aber vollzeitlicher Arbeitsfähigkeit kein Teilzeitabzug vorzunehmen (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_710/2014 vom 12. Mai 2015 E. 4.2 mit Hinweis). Auch das Alter des 1962 geborenen Beschwerdeführers wäre nicht als Abzugsgrund zu betrachten, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art.

E. 16

ATSG) altersunabhängig nachgefragt werden (vgl. statt vieler Urteile 8C_672/2013 vom 20. Februar 2014 E. 3.3 und 9C_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4). Weitere Abzugsgründe sind nicht ersichtlich und wurden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

Es würde demnach ein – rentenausschliessender - Invaliditätsgrad von maximal 28 % ($100 - [0,9 \times 80] : 100$) resultieren. 7.

Im Ergebnis hat die Beschwerdegegnerin demnach einen Rentenanspruch zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Die Gerichtskosten sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Beweismitel 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
Der Gerichtsschreiber
Hurst
Hausammann

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