

Bundesgericht  
Tribunal fédéral  
Tribunale federale  
Tribunal federal

8C 604/2017

Urteil vom 15. März 2018

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung  
Bundesrichter Maillard, Präsident,  
Bundesrichter Wirthlin, Bundesrichterin Viscione.  
Gerichtsschreiberin Riedi Hunold.

Verfahrensbeteiligte  
A. \_\_\_\_\_,  
vertreten durch Rechtsanwalt Martin Amsler,  
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle des Kantons Zürich,  
Röntgenstrasse 17, 8005 Zürich,  
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand  
Invalidenversicherung (Invalidenrente),

Beschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 26. Juni 2017 (IV.2017.00054).

Sachverhalt:

A.  
A. \_\_\_\_\_, geboren 1961, war zuletzt vom 1. März 2004 bis 30. April 2006 als Lagermitarbeiter und Hilfsmonteur für die B. \_\_\_\_\_ AG tätig gewesen, die das Arbeitsverhältnis aufgrund monatelanger krankheitsbedingter Absenz aufgelöst hatte. Daneben hatte er ab November 2004 an einem Tag pro Woche für die C. \_\_\_\_\_ AG als Verkäufer gearbeitet. Unter Hinweis auf ein generalisiertes Schmerzsyndrom meldete er sich im Mai 2006 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung des Sachverhalts, unter anderem mittels eines polydisziplinären Gutachtens der Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH (ABI), Basel, vom 20. Mai 2008, verfügte die IV-Stelle des Kantons Zürich am 16. Dezember 2008 die Abweisung des Leistungsbegehrens. In Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die Sache zur weiteren Abklärung an die Verwaltung zurück (Entscheid vom 29. September 2010). Diese veranlasste ein neues polydisziplinäres Gutachten durch das Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB), Basel, vom 29. Mai 2012 und dessen Ergänzung vom 15. März 2013. Nach Einholung eines weiteren polydisziplinären Gutachtens durch das Medizinische Zentrum Römerhof (MZR), Zürich, vom 23. März 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 2. Dezember 2016 erneut ab.

B.  
Das Sozialversicherungsgericht wies die dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 26. Juli 2017 ab.

C.  
A. \_\_\_\_\_ lässt mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beantragen, es sei ihm in Aufhebung des kantonalen Gerichtsentscheids mit Wirkung ab 16. September 2006 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Die IV-Stelle schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherungen verzichtet auf eine Stellungnahme.

D.

Im Nachgang zu BGE 143 V 409 und 143 V 418 gewährte das Bundesgericht den Parteien das rechtliche Gehör zur erfolgten Änderung der Rechtsprechung, worauf diese ihre Anträge bekräftigten.

Erwägungen:

1.

1.1. Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist folglich weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Immerhin prüft das Bundesgericht, unter Berücksichtigung der allgemeinen Pflicht zur Begründung der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 S. 236 mit Hinweisen).

1.2. Das Bundesgericht kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG). Überdies muss die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein (Art. 97 Abs. 1 BGG). Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur so weit vorgebracht werden, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt (Art. 99 Abs. 1 BGG).

Die beschwerdeführende Partei, welche die Sachverhaltsfeststellungen der Vorinstanz anfechten will, muss substantiiert darlegen, inwiefern die Voraussetzungen einer Ausnahme gemäss Art. 105 Abs. 2 BGG gegeben sind und das Verfahren bei rechtskonformer Ermittlung des Sachverhalts anders ausgegangen wäre; andernfalls kann ein Sachverhalt, der vom im angefochtenen Entscheid festgestellten abweicht, nicht berücksichtigt werden (BGE 140 III 16 E. 1.3.1 S. 18 mit Hinweisen).

2.

Streitig ist, ob die vom kantonalen Gericht in Einklang mit der Verwaltungsverfügung erkannte Ablehnung eines Rentenanspruchs zu Recht erfolgte.

3.

3.1. Die Vorinstanz hat die massgebenden Bestimmungen und Grundsätze über den Begriff der Invalidität (Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG), den Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 2 IVG) und die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens oder eines Arztberichtes (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweisen) zutreffend dargelegt. Gleich verhält es sich mit den Grundsätzen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281). Richtig wiedergegeben wird sodann auch die Rechtsprechung zur invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz einer Suchterkrankung (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; Urteile 8C 906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2 und 9C 701/2012 vom 10. April 2013 E. 2). Auf all dies wird verwiesen.

3.2. Ausdrücklich zu wiederholen ist, dass es rechtsprechungsgemäss keineswegs allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen liegt, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194). Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verliere. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Urteile 9C 551/2016 vom 5. Dezember 2016 E. 5.2.2, 8C 444/2016 vom 31. Oktober 2016 E. 6.2.4 sowie 9C 106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3).

3.3. Der angefochtene Entscheid enthält sodann eine Übersicht über die medizinische Aktenlage, eine Wiedergabe der für den Rückweisungsentscheid vom 29. September 2010 massgebenden Gründe

sowie eine Zusammenfassung der in der Folge ergangenen MEDAS-Gutachten des ZMB und MZR. Auch darauf wird verwiesen.

3.4. Bei den vor Bundesgericht eingereichten ärztlichen Berichten handelt es sich - soweit sich diese nicht bereits bei den vorinstanzlichen Akten befinden - um unzulässige Noven nach Art. 99 Abs. 1 BGG. Auf sie ist im Folgenden nicht weiter einzugehen.

4.

4.1. Das kantonale Gericht erkannte sinngemäss, dass dem in Kenntnis der relevanten Vorakten, beruhend auf Untersuchungen in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie ergangenen jüngsten Gutachten des MZR vom 23. März 2015 mit seiner einleuchtenden Darlegung der medizinischen Situation dem Grundsatz nach Beweiskraft zukommt.

Davon ist auch im vorliegenden Verfahren auszugehen, zumal in dieser Hinsicht jedenfalls in begründeter Weise auch von den Parteien nichts Gegenteiliges vorgetragen wird. Demnach leidet der Beschwerdeführer an einer depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) sowie an psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Störungen durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom gegenwärtig ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25) im Sinne einer iatrogenen Abhängigkeit. Des Weiteren bestehen nebst einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und einem metabolischen Syndrom (arterielle Hypertonie; Adipositas Grad I nach WHO, Hyperlipidämie) auch ein Diabetes insipidus sowie ein chronifiziertes Panvertebralsyndrom (bei grössenregredienter Diskushernie L4/L5 links; altersnormalem MRI HWS und obere BWS; Blockwirbelbildung C2/C3; ohne radikuläre Symptomatik; diffusen Missempfindungen und Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten ohne organisches Korrelat; massiver Selbstlimitierung; nicht indizierter Opiattherapie). Dazu kommen weitere Leiden, vorwiegend somatischer Art: ein leichtes myofasiales Schultergürtelsyndrom rechts, chronische Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch sowie vom Spannungstyp, eine chronische Insomnie bei schwerem obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom und eine latente Hypothyreose.

4.2. Nicht zu folgen vermochte das kantonale Gericht den Experten des MZR freilich in der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit. Eine solche bescheinigten sie ausschliesslich aus psychiatrischer Sicht aufgrund der depressiven Störung sowie der iatrogenen Opioidabhängigkeit, und zwar seit 2008 in der angestammten Tätigkeit sowie in sämtlichen dem Leiden optimal angepassten körperlich leichten bis mittelschweren Verrichtungen im Umfang von 50 %.

Das kantonale Gericht erwog, dass nach gutachterlicher Einschätzung objektifizierbare Hinweise auf eine mindestens mittelgradige depressive Störung bestanden, wobei die Diagnose einer anhaltenden statt einer rezidivierenden depressiven Störung einlässlich begründet werde. Mit Blick auf die Rechtsprechung, wonach einer leichten bis mittelschweren depressiven Störung in der Regel keine invalidisierende Wirkung zuerkannt wurde, stellte es in tatsächlicher Hinsicht fest, dass der Beschwerdeführer seit vielen Jahren unter Depressionen leide und deshalb sowohl stationär als auch ambulant behandelt worden sei, dies seit Juni 2006 einmal im Monat bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, seit August 2009 im Medizinischen Zentrum E.\_\_\_\_\_, zunächst mit zwei, ab Ende 2014 mit einer Sitzung pro Monat. Aufgrund dieser Behandlungsfrequenz schloss die Vorinstanz auf einen zwar vorhandenen, nicht aber auf einen allzu grossen Leidensdruck. Dabei verwies sie auf die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der beanspruchten Therapie, deren Intensivierung und Anpassung die Gutachter des MZR empfohlen hätten. Von einer konsequenten Depressionstherapie bzw. einer

behandlungsresistenten mittelschweren depressiven Störung könne damit nicht gesprochen werden, wobei offen bleiben möge, ob es sich dabei nicht ohnehin bloss um eine Begleiterscheinung der Schmerzkrankheit handle.

Die Schmerzstörung, die laut überzeugender Begründung der Gutachter nicht als anhaltend somatoforme (ICD-10 F45.40), sondern als chronische mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) klassiert werde, beurteilte das kantonale Gericht sodann im Lichte der spezifischen Rechtsprechung (BGE 141 V 281). Dabei gelangte es zum Schluss, dass nach gesamthafter Betrachtung der massgebenden Indikatoren über all die Zeit vor und nach 2008 keine rechtlich bedeutsame Arbeitsunfähigkeit erstellt sei. Und da die Opioidabhängigkeit ihrerseits weder Folge noch Auslöser eines krankheitswertigen Gesundheitsschadens sei, komme ihr kein invalidisierender Charakter zu.

## 5.

5.1. Mit BGE 143 V 418 änderte das Bundesgericht seine bisherige Praxis insofern ab, als es erkannte, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 f.). Weiter stellte es klar, dass sich ein Leiden nicht einfach deshalb als leicht und invalidenversicherungsrechtlich bedeutungslos einstufen lässt, weil diagnostisch kein Bezug zu dessen Schweregrad gefordert ist (E. 5.2). Sodann soll E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 fortan so verstanden werden, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung zukommt (E. 8.1). Folgerichtig entschied das Bundesgericht gleichentags mit BGE 143 V 409 - ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung -, dass die depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur grundsätzlich ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 4.5).

## 5.2.

5.2.1. Diese geänderte Rechtsprechung ist vorliegend anwendbar (vgl. statt vieler Urteil 9C 700/2015 vom 18. Juli 2016 E. 3.2). Daraus folgt, dass sich das kantonale Gericht namentlich bei seiner Beurteilung der depressiven Erkrankung von Grundsätzen leiten liess, die vor Bundesrecht nicht mehr standhalten. Insofern erübrigt sich eine weitere Auseinandersetzung mit der beschwerdeweise geübten Kritik an der mittlerweile überholten Rechtsprechung. Was das im Einzelnen für das Ergebnis der strittigen Folgenabschätzung bedeutet, bleibt nachstehend zu prüfen. Dabei kommt dem Bundesgericht die Befugnis zu, bei Bedarf von sich aus ergänzende Feststellungen zum Sachverhalt zu treffen (vgl. E. 1.2 sowie Art. 105 Abs. 2 BGG).

5.2.2. Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr gilt es im Einzelfall mit seinen je eigenen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen gesamthaft zu prüfen, ob in bundesrechtskonformer Weise abschliessend auf die vorhandenen Beweisgrundlagen abgestellt werden kann (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309 mit Hinweis). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten - allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (Urteil 8C 300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

## 6.

6.1. Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig dann kein versicherter Gesundheitsschaden vor, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (SVR 2017 IV Nr. 21 S. 56 E. 4.3 mit Hinweis, 9C 154/2016).

6.2. Nach den vorinstanzlichen Tatsachenfeststellungen bestehen im Fall des Beschwerdeführers deutliche Hinweise auf ein aggravatorisches Verhalten. Derlei zeigte sich nicht nur in den älteren Arztberichten, sondern gerade auch im Zuge der jüngsten Begutachtung durch die Experten des MZR. So waren bei der rheumatologischen Untersuchung Zeichen einer erheblichen Selbstlimitierung sowie massive Inkonsistenzen zu beobachten, desgleichen aus rheuma-orthopädischer Sicht hinsichtlich des myofaszialen Schultergürtel-Syndroms. Bei der neurologischen Untersuchung wartete der Beschwerdeführer mit diffusen und vagen Angaben zur Symptomatik auf. Ein Aggravationsverhalten brachten insbesondere die Befunde der neuropsychologischen Untersuchung

zutage, weshalb sie inhaltlich nicht auszuwerten waren. Und nicht zuletzt hielt der an der Begutachtung mitwirkende Psychiater des MZR (Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie) fest, es müsse von einer ausgesprochenen Selbstlimitierung und Aggravation ausgegangen werden.

Vergleichbare Beobachtungen waren in der Vergangenheit selbst von den behandelnden Ärzten gemacht worden: Das kantonale Gericht verweist in diesem Zusammenhang auf die im Bericht der psychiatrischen Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 1. November 2011 nach stationärem Aufenthalt (7. bis 28. Oktober 2011) festgehaltene Diskrepanz zwischen schmerzbedingtem Verzicht auf therapeutische Massnahmen und entspannt wirkendem rückenbelastendem Liegen im Aufenthaltsraum. Ebenso hatten die Ärzte des Medizinischen Zentrums H. \_\_\_\_\_ am 4. Januar 2011 ein ausgeprägtes Schmerz- und Schonverhalten bzw. - so der Rheumatologe - eine demonstrative Verdeutlichungstendenz erwähnt. Typische Zeichen der Symptomausweitung fanden sich gemäss vorinstanzlicher Feststellung endlich auch im ZMB-Gutachten vom 29. Mai 2012.

6.3. Soweit der Beschwerdeführer das Vorliegen einer Aggravation oder Selbstlimitierung unter Hinweis auf anderslautende Arztberichte in Abrede zu stellen versucht, kann ihm nicht gefolgt werden. Weder aus dem Bericht des Zentrums I. \_\_\_\_\_ für medizinische Radiologie vom 30. September 2016 noch aus dem Bericht des Medizinischen Zentrums E. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2017 ergibt sich, dass die im Wesentlichen in Anlehnung an das Gutachten des MZR getroffenen vorinstanzlichen Feststellungen offensichtlich unrichtig oder sonst wie bundesrechtswidrig wären. Auf die beschwerdeweise angerufenen radiologischen Berichte ist nicht weiter einzugehen, da es sich dabei um unzulässige Noven handelt (E. 3.4).

Hingegen fragt sich, ob aufgrund dieser Verhaltensweisen bereits auf einen Ausschlussgrund im Sinne der Rechtsprechung geschlossen werden kann. Dagegen spricht zunächst, dass der Verdeutlichungstendenz und Symptomausweitung bei der organisch-somatisch ausgerichteten Folgenabschätzung Rechnung getragen wurde, indem dem Beschwerdeführer weder aus rheumatologischer bzw. rheuma-orthopädischer noch aus neurologischer Sicht, geschweige denn aus chirurgisch-allgemeinmedizinischer oder neuropsychologischer Warte eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde. Was sodann die hier in erster Linie interessierende psychiatrische Abschätzung angeht, vermerkte der Gutachter zwar ebenfalls Selbstlimitation und Aggravation. Dem und den ansonsten bestehenden Inkonsistenzen mass er sodann namentlich bei der Beurteilung der Schmerzstörung Bedeutung zu, der er "aus rein medizinischer Sicht" keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit attestierte. Andererseits vermochte er klare Hinweise auf eine doch mindestens mittelgradige depressive Störung, begleitet von einem somatischen Syndrom, zu objektivieren. Die dergestalt differenzierende Betrachtung der Gutachter spricht darum insgesamt gegen die Annahme, dass auch bei den depressionsspezifischen Befunden

"eindeutig überwiegende Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation" vorliegen.

7.

7.1. Das kantonale Gericht unterzog - wie schon erwähnt - namentlich das Schmerzsyndrom des Beschwerdeführers einer indikatoren-geleiteten Überprüfung nach Massgabe von BGE 141 V 281. Seine Ausprägung hinsichtlich der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (Indikator "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde"; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298) bewertete es in Anlehnung an diejenige im Gutachten als mittelschwer. Daneben verwies es auf mannigfache psychosoziale Belastungsfaktoren (Migrationshintergrund, Schulden, längere Absenz vom Arbeitsmarkt, schwere Arbeit, fehlende Ausbildung, Alter), die für sich alleine keine Invalidität zu begründen vermöchten und ihrerseits ebenfalls gegen eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde sprächen.

Dass die Vorinstanz in diesem Zusammenhang offensichtlich falsche Feststellungen getroffen oder rechtlich Bedeutsames verkannt hätte, ist weder dargetan noch zu ersehen, zumal mit Blick auf die vom psychiatrischen Gutachter angestellten differentialdiagnostischen Erörterungen bezüglich F45.40 und F45.41. Analoge Überlegungen sind, was die Schwere angeht, des Weiteren bezüglich der depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) angezeigt: Diese wird vom psychiatrischen Gutachter als "mindestens mittelschwer" eingestuft. Weshalb von einer schweren Ausprägung auszugehen wäre, ist nicht erkennbar. Derlei ergäbe sich bei ungeschmälerter Konzentration während der gesamten Untersuchung und fehlenden Hinweisen auf beeinträchtigtes Bewusstsein oder kognitive Störungen weder aus den gutachterlich erhobenen klinischen Befunden (mit depressiver Stimmungslage, ohne sichtbare Affekteinbrüche) noch aus den durchgeführten Tests.

7.2. Was den Indikator "Behandlungserfolg oder -resistenz" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299) angeht, liegt aufgrund der in E. 4.2 hiervoor wiedergegebenen tatsächlichen Feststellungen im

angefochtenen Gerichtsentscheid entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers keine Therapieresistenz vor. Trotz mehrerer stationärer Behandlungsversuche in der Vergangenheit kann, zumal mit Blick auf die dabei beobachteten Inkonsistenzen und der seit Ende 2014 nur mehr monatlichen Sitzungsfrequenz, namentlich nicht auf eine besondere Schwere der psychischen Gesundheitsstörung geschlossen werden; ganz im Gegenteil, wie im Rahmen der Konsistenz (vgl. E. 7.4 hernach) noch darzulegen sein wird. In dieselbe Richtung weisen die unterbliebenen Eingliederungsbemühungen des Beschwerdeführers, wobei die Gutachter in dieser Hinsicht explizit einen Mangel an Motivation vermerkten, ohne dies in Zusammenhang mit seiner Erkrankung zu stellen.

Beim Indikator "Komorbidität" hat die Rechtsprechung seit der vorinstanzlichen Beurteilung insofern geändert, als auch diesbezüglich nicht allein auf die Diagnosen, sondern vor allem auf die Auswirkungen der betreffenden Krankheitsbilder auf die persönlichen Ressourcen abzustellen ist (vgl. E. 5.1 hiervor sowie Urteil 9C 78/2017 vom 26. Januar 2018 E. 6.3.3). In dieser Hinsicht liegt beim Beschwerdeführer eine Reihe von organischen Gesundheitsstörungen vor, denen die Gutachter keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit beimessen. Wie schon gezeigt, liessen sich dabei insbesondere bei der rheumatologischen Untersuchung "massive Inkonsistenzen" sowie Hinweise für eine "erhebliche Selbstlimitierung" erheben, derweil dem Neurologen diffuse und vage Angaben zur Symptomatik aufgefallen waren. Hieraus ergibt sich nichts, was im Rahmen des Indikators "Komorbidität" gleichsam "ressourcenschmälernd" verwertbar wäre. Was die psychiatrischen Krankheitsbilder betrifft, bestehen aufgrund des jüngsten Gutachtens des MZR keine besonderen Hinweise darauf, dass die Wirkung der depressiven Störung durch das Zusammenwirken mit dem Schmerzsyndrom und dem (iatrogenen) Opioidabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11.25) besonders akzentuiert würde. Letzteres wirkt

sich laut Gutachten im Übrigen vor allem in qualitativer Hinsicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, indem der Beschwerdeführer erhöhten Anforderungen an Konzentration und Aufmerksamkeit nicht genügt. Bezüglich des Schmerzsyndroms fällt immerhin auf, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung nicht schmerzgequält wirkte, obwohl er bei gleicher Untersuchung eine Schmerzintensität von 9-10 von 10 auf der visuellen Analogskala (VAS) angab.

7.3. Zum Komplex "Persönlichkeit" (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) stellte das kantonale Gericht fest, dass das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers durch seine Persönlichkeitsstruktur nicht erheblich negativ beeinflusst werde. Diese gestützt auf die jüngste Begutachtung durch den Psychiater des MZR - unter anderem mit Hinweis auf eine ausgeglichene Persönlichkeit - ergangene Feststellung erscheint weder als offensichtlich unrichtig noch sonst wie als bundesrechtswidrig. Davon abgesehen bestanden gemäss dem jüngsten Gutachten keine Ich-Störungen, Denk- oder Wahrnehmungsstörungen. Darüber hinaus hatte in dieser Hinsicht keine der bislang veranlassten Begutachtungen Besonderes zutage gebracht; insbesondere war in keiner jemals eine Störung oder eine Akzentuierung der Persönlichkeit erhoben worden, und auch seitens der behandelnden Ärzte erfolgten keine entsprechenden Angaben.

Zum Komplex "sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) erkannte die Vorinstanz, dass der seit 1988 verheiratete Beschwerdeführer, der zu all seinen fünf Kindern und zu seinen Geschwistern gute Kontakte pflege, durch seine Einbettung in die Familie eine Tagesstruktur erhalte. Trotz seines sozialen Rückzugs lägen Faktoren vor, die sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkten. Auch in diesem Punkt lassen sich keine qualifizierten falschen Tatsachenfeststellungen erkennen. Insofern ergeben sich aus dem sozialen Kontext sicher keine negativen, sondern tendenziell eher positive Auswirkungen auf das Ressourcenpotenzial des Beschwerdeführers.

7.4. Beweisrechtlich entscheidend ist sodann der verhaltensbezogene Gesichtspunkt der "Konsistenz" (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303). In dieser Hinsicht ist mit der Vorinstanz auf die schon mehrfach und von Vertretern aller Fachrichtungen, einschliesslich des begutachtenden Psychiaters, erwähnten Inkonsistenzen, Diskrepanzen sowie aggravatorischen Tendenzen zu verweisen. Über das bereits Erwogene und die schon erwähnte Schilderung des Schmerzempfindens hinaus gilt es Inkonsistenzen namentlich in Bezug auf die Angaben zum Tagesablauf zu erwähnen, die nach Einschätzung des psychiatrischen Gutachters sehr diffus und vage blieben. In Widerspruch zum dargestellten eingeschränkten Aktivitätsniveau erhoben die Experten des MZR nach vorinstanzlicher Feststellung eine auffallende Beschwiellung der Hände. Diese sei für eine Person, die seit über acht Jahren nicht mehr manuell arbeiten könne, rechts deutlich ausgeprägt, namentlich im Bereich der Daumen; Gleiches gelte für die Beschwiellung der Knie. Die Richtigkeit dieser von der Vorinstanz übernommenen Feststellungen wird beschwerdeweise nicht angezweifelt; ebenso wenig wird Relativierendes dazu vorgetragen. Dazu gesellen sich laut entsprechendem Hinweis im Gutachten auch inkonsistente Angaben zu

den finanziellen Verhältnissen, zumal die angegebenen Zuwendungen des Sozialamtes zum Leben

nicht ausreichen. Des Weiteren verweist die Vorinstanz im Einzelnen - wiederum unwidersprochen - darauf, dass der Beschwerdeführer laut Angaben im MZR-Gutachten regelmässig mit dem Wagen zum Arzt (oder zu Therapien) fahre; dies lässt sich gemäss ihrer Feststellung mit der subjektiven Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit nicht in Einklang bringen und ist als solches durchaus ressourcenrelevant (vgl. Urteil 9C 78/2017 vom 26. Januar 2018 E. 6.3.5). Dazu passt der bereits angesprochene (E. 7.2) Mangel an Motivation. Schliesslich und vor allem gilt es, namentlich mit Blick auf die hier besonders interessierende affektive Störung, nochmals seine therapeutischen Bemühungen zu erwähnen. Insofern vermerkten nach nicht als offensichtlich unrichtig gerügter vorinstanzlicher Feststellung zu Art und Frequenz der erfolgten Behandlung auch die Gutachter des MZR ein Missverhältnis zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der beanspruchten therapeutischen Hilfe. Zu Recht verweist das kantonale Gericht in diesem Kontext darauf, dass nicht einzusehen ist, weshalb der Beschwerdeführer bei subjektiv anhaltend hohem Leidensdruck

die Behandlung im Medizinischen Zentrum E. \_\_\_\_\_ trotz unbefriedigender Ergebnisse jahrelang unverändert fortsetzte und sich nicht um Alternativen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) bemühte. Das gelte umso mehr, als die verschriebene Medikation aus ärztlicher Sicht wiederholt angezweifelt worden sei. Aufgrund dieser Beanspruchung therapeutischer Hilfe bei vorhandenen Optionen ist mit dem kantonale Gericht auf einen eher geringen Leidensdruck zu schliessen. Was der Beschwerdeführer - ohne die sachbezüglichen Feststellungen der Vorinstanz zu rügen - dagegen vorträgt, verfängt nicht. Zwar ist es richtig, dass er sich mehrfach auch stationär behandeln liess und auch die behandelnde Stelle wechselte. Angesichts des ausbleibenden Erfolgs durfte er es jedoch nicht bei der ab 2009 gleichenorts, ab Ende 2014 gerade noch im Monatstakt, erfolgenden Behandlung - mit fragwürdiger Medikation - bewenden lassen. Daran vermag, entgegen seinen Vorbringen, auch sein Vertrauen in die Einschätzung der behandelnden Ärzte und seine diesbezügliche Gutgläubigkeit nichts zu ändern.

7.5. Nach diesen Erwägungen zur Schwere des Leidens und zur Konsistenz lässt sich im Ergebnis nicht beanstanden, wenn das kantonale Gericht eine anspruchrelevante Arbeitsunfähigkeit verneinte. Das gilt unter Einschluss der festgestellten Opioidabhängigkeit und unter Berücksichtigung des zeitlichen Verlaufs. Dazu wird in der Beschwerde nichts Spezifisches vorgebracht, sodass sich eine eingehendere Prüfung erübrigt. Damit ist die Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

8.

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Der unterliegende Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

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

3.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Sozialversicherungen schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 15. März 2018

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung  
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Maillard

Die Gerichtsschreiberin: Riedi Hunold