

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00980 vom 3. Januar 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-01-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.00980](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00980)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00980 du 3 janvier 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00980 del 3 gennaio 2008

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1968 geborene D.\_\_\_\_ (vormals: A.\_\_\_\_) arbeitete als Hilfsarbeiter in einer Autogarage (Urk. 12/13) und war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) unfallversichert, als er am 18. November 2002 von einer Leiterin und sich dabei nach eigenen Angaben eine Stirn- und eine Hinterkopfprellung sowie eine Lumbalgie links zuzog (Urk. 12/12 S. 17). Am 28. Februar 2003 wurde der inzwischen stellenlos Gewordene nach einem Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik L.\_\_\_\_ nach Hause entlassen, wobei ihm noch eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 6. April 2003 sowie anschliessend eine solche von 50 % bis 4. Mai 2003 bescheinigt und ihm empfohlen wurde, sich mit Hilfe der Regionalen Arbeitsvermittlung um einen beruflichen Wiedereinstieg zu bemühen (Urk. 12/12 S. 20).

1.2 Von der Regionalen Arbeitsvermittlung wurde D.\_\_\_\_ am 1. März 2004 in ein Beschäftigungsprogramm geschickt, in dessen Rahmen bei ihm neuropsychologische Defizite festgestellt wurden (Urk. 12/12 S. 1 f.). Um diese näher abzuklären wurde D.\_\_\_\_ der Klinik M.\_\_\_\_ zugewiesen (Urk. 12/12 S. 2), wo am 28. April 2004 das Vorliegen solcher Defizite bestätigt (Urk. 12/12 S. 11 f.) und neurologische Abklärungen eingeleitet wurden.

1.3 Am 16. August 2004 meldete sich D.\_\_\_\_ bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 12/4). Nach dem Eingang der Anmeldung zog die IV-Stelle ärztliche Berichte des Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, C.\_\_\_\_ vom 23. August 2004 (Urk. 12/7) sowie des Dr. med. E.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, F.\_\_\_\_ vom 9. September 2004 (Urk. 12/11) bei. Vom Sozialamt der Gemeinde N.\_\_\_\_ erhielt sie solche der Klinik M.\_\_\_\_ vom 28. April 2004 (Urk. 12/9 S. 1 f = Urk. 12/12 S. 11 f.), der Klinik O.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2004 (Urk. 12/9 S. 3) und der Klinik M.\_\_\_\_ vom 18. Juni 2004 (Urk. 12/9 S. 5 f.) zugestellt. Ferner wurden weitere Berichte der Klinik M.\_\_\_\_ vom 14. März 2005 (Urk. 12/22) sowie des Dr. E.\_\_\_\_ vom 19. April 2005 (Urk. 12/23) und der Klinik M.\_\_\_\_ vom 22. September 2005 (Urk. 12/25) beigezogen.

Danach liess die IV-Stelle D.\_\_\_\_ durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, I.\_\_\_\_, welcher sein Gutachten am 10. Dezember 2005 abliefern (Urk. 12/30), sowie durch med. pract. H.\_\_\_\_, welcher sein Gutachten am 26. Juni 2006 erstattete (Urk. 12/38), psychiatrisch begutachten.

Nach Prüfung der medizinischen Akten durch den Regionalen ärztlichen Dienst (Urk. 12/41 S. 5 f.) liess die IV-Stelle D.\_\_\_\_ mit Vorbescheid vom 15. August 2006 wissen, dass sie mangels Nachweises einer IV-relevanten

Gesundheitsstörung einen Anspruch auf IV-Leistungen abzuweisen gedenke (Urk. 12/42). Daraufhin beantragte D. \_\_\_ am 14. September 2006, es sei mit dem Entscheid zuzuwarten, bis das Ergebnis einer weiteren Begutachtung vorliege (Urk. 12/47). Am 5. Oktober 2006 erliess die IV-Stelle eine dem Vorbescheid entsprechende Verfügung, da keine neuen Fakten vorgebracht worden und weitere Abklärungen nicht nötig seien (Urk. 12/51 = Urk. 2).

## E. 2

2.1 Im vorliegenden Fall ist zunächst unbestritten und aktenmässig belegt, dass der Beschwerdeführer nicht an einer Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit von Krankheitswert leidet, insbesondere nicht an einer neurologischen Erkrankung (Urk. 12/25, Bericht der Klinik M. \_\_\_ vom 22. September 2005). Für die im Rahmen der Abklärungen festgestellten neuropsychologischen Defizite unklarer Ätiologie wird am ehesten eine psychiatrische Erkrankung als Ursache vermutet.

2.2 Der Beschwerdeführer macht denn auch ausschliesslich geltend, er leide an einer schweren und chronischen psychischen Störung, welche ihn vollständig arbeitsunfähig mache (Urk. 1 S. 3 lit. d), wobei er sich auf die übereinstimmenden Ergebnisse des von der Beschwerdegegnerin angeordneten Gutachtens H. \_\_\_ sowie - nach dessen Einreichung (Urk. 17) - des von ihm selbst in Auftrag gegebenen Gutachtens J. \_\_\_ beruft.

2.3 Demgegenüber stellt sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, eine anspruchsbegründende Gesundheitsschädigung sei nicht ausgewiesen (Urk. 2), wobei sie sich auf die Auffassung des RAD stützt, dass diese Gutachten nicht schlüssig seien (vgl. Urk. 21a).

## E. 3

3.1 Die Gutachten H. \_\_\_ und J. \_\_\_ (vgl. Urk. 12/38 und Urk. 18) gehen davon aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis vom 18. November 2002 starke Auffälligkeiten der Motorik, des Verhaltens und der Kommunikation gezeigt hat, die von verschiedenen Untersuchern immer wieder in ähnlicher bis gleicher Ausprägung beschrieben wurden. Dabei handelt es vor allem um eine verlangsamte, teilweise auch ataktisch wirkende Motorik (unsicherer, schwankender Gang, choreaähnliche Bewegungen mit den Armen) sowie ein Kommunikationsverhalten, welches sich dadurch auszeichnet, dass der Beschwerdeführer kaum auf einen Gesprächspartner eingeht, auch einfachste Fragen nicht oder nicht adäquat beantwortet, sich an bedeutende lebensgeschichtliche Daten und/oder wichtige Gegebenheiten aus dem Alltag nicht erinnert und dabei auch freundlich lächeln kann, wenn er belastende Ereignisse oder körperliche Schmerzen schildert. Die Gutachter können auch keinen Leidensdruck beim Beschwerdeführer feststellen; vielmehr wirke er ausgesprochen gleichgültig gegenüber seinen körperlichen (bzw. als körperlich imponierenden) und vor allem kognitiven Defiziten.

Gestützt darauf stellen sie die Diagnose einer gemischten Konversionsstörung (ICD-10: F44.7) mit einer konversionsbedingten Ataxie und einer dissoziativen Pseudodemenz. Aufgrund der Symptomatik sei der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 11. November 2002 unfähig, einer Arbeit nachzugehen und in vielen elementaren täglichen Belangen für sich zu sorgen.

3.2. Demgegenüber weisen die Ärzte des RAD darauf hin, dass die Gutachten die differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehende Vortäuschung einer psychischen Störung nicht plausibel auszuschliessen vermögen. Sowohl im Hinblick auf die als ataktisch beschriebene Körpermotorik als auch auf das dementielle Syndrom sei es sehr erstaunlich, dass der Beschwerdeführer trotzdem ein Auto fahren könne. Das Zustandsbild sei relativ ungewöhnlich und werde nicht nachvollziehbar einem Krankheitsbild zugeordnet. Wahrscheinlich handle es sich um eine psychogene Störung im Sinne der vom Hausarzt, Dr. E. \_\_\_\_, beschriebenen „Akulturation“ (Urk. 12/41 S. 5 f.). In der Stellungnahme vom 21. März 2007 zum Gutachten J. \_\_\_\_, weist der RAD-Arzt sodann darauf hin, dass gemäss den diagnostischen Leitlinien zu den Krankheitsbildern der Gruppe F44 (Konversionsstörungen) die Diagnose nur eine vorläufige sein könne, wenn der Nachweis einer psychischen Verursachung fehle (Urk. 21a).

#### 4.

4.1. In seinem Urteil in Sachen B. vom 9. August 2004 (I 767/03) setzte sich das Eidgenössische Versicherungsgericht eingehend mit den Krankheitsbildern der Konversionsstörungen auseinander. In den Erwägungen 3.2.1 bis 3.2.4 führte es dazu Folgendes aus:

(Erw. 3.2.1): Nach der ICD-10 werden unter der (zweistelligen) Kategorie F4 „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ u.a. die dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) gemäss F44 und die somatoformen Störungen nach F45 unterschieden (Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 4. Aufl., Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2000, kurz: ICD-10, S. 173 ff. und 183 ff.) Laut dem DSM-IV werden die Konversions- und die Schmerzstörung unter dem (gemeinsamen) Titel „Somatoforme Störungen“ behandelt (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision, DSM-IV-TR, deutsche Bearbeitung und Einführung von Henning Saas [et al.]; übersetzt nach der Textrevision der 4. Aufl. des DSM, 2000, Göttingen Bern [etc.] 2003, S. 539 ff.).

(Erw. 3.2.2): Hinsichtlich der von Dr. med. I. (im Gutachten vom 29. Juli 2001) gestellten Diagnose einer hysterisch-hypochondrischen (konversiven) Symptomatik (nach F44.4 und 6) ist in der ICD-10 als diagnostische Leitlinie u.a. formuliert, dass ausreichend viel über den psychologischen und sozialen Hintergrund und die Beziehungen des Patienten bekannt sein muss, damit eine überzeugende Erklärung für das Auftreten der Erkrankung gegeben werden kann (ICD-10, a.a.O., S. 179 f.). Die Bedeutung dieser im Wege der Begutachtung (insbesondere mittels Anamneseerhebung und durch das Einholen von Fremdauskünften) zu erhebenden Faktoren erhellt aus dem Verständnis der Bezeichnung „Konversion“. Dieses gründet auf der Hypothese, dass die körperlichen Symptome eine symbolische Lösung eines unbewussten psychischen Konfliktes repräsentieren, die angstreduzierend wirkt und dazu dient, den Konflikt ausserhalb des Bewusstseins zu halten (primärer Krankheitsgewinn). Durch die Symptome kann ein sekundärer Krankheitsgewinn resultieren, indem äusserliche Vorteile entstehen oder unangenehme Pflichten oder Verantwortlichkeiten umgangen werden können. Die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer Konversionsstörung gemäss dem DSM-IV implizieren zwar nicht notwendigerweise, dass den (körperlichen) Symptomen solche Konstrukte zu Grunde liegen. Es wird indes ein Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und dem Symptom oder Ausfall

angenommen, da Konflikte oder andere Belastungsfaktoren dem Beginn oder der Exazerbation des Symptoms oder des Ausfalls vorausgehen (DSM-IV-Textrevision, a.a.O., S. 549 und 553).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä (Erw. 3.2.3): Gemäss der ICD-10 ist auf eine dissoziative Störung der Bewegung oder Sinnesempfindung gemäss F44.4-F44.7 zu erkennen, wenn sich die Störung auf den Verlust von Empfindungen beschränkt. Treten zusätzlich Schmerzempfindungen oder andere komplexe, durch das vegetative Nervensystem vermittelte Empfindungen hinzu, so sind diese unter den somatoformen Störungen (F45) zu klassifizieren (ICD-10, a.a.O., S. 179). Nach dem DSM-IV liegt ein diagnostisches Kriterium für das Vorliegen einer Konversionsstörung u.a. darin, dass das Symptom oder der Ausfall nicht auf Schmerz oder eine sexuelle Funktionsstörung begrenzt ist, nicht ausschliesslich im Verlaufe einer Somatisierungsstörung auftritt und schliesslich nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden kann (DSM-IV-Textrevision, a.a.O., S. 552 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä (Erw. 3.2.4): Bei allen (klassifikatorischen; Erw. 3.2.1) Unterschieden setzen die ICD-10 wie das DSM-IV für die Diagnose einer dissoziativen Störung (oder einer Konversionsstörung) nach dem Gesagten übereinstimmend voraus, dass der psychologische und soziale Hintergrund sowie die Beziehungen der betroffenen Person sorgfältig erhoben wurden (Erw. 3.2.2) und die Störung nicht ausschliesslich im Verlaufe einer Somatisierungsstörung auftritt (Erw. 3.2.3).

4.2 Ä Ä Ä Ä Im Lichte dieser Ausführungen ist vorab festzuhalten, dass nicht nur die psychiatrischen Gutachter H. \_\_\_ und J. \_\_\_, sondern bereits der Erstgutachter G. \_\_\_ und die nichtpsychiatrischen Voruntersucher grösste Mühen hatten, Angaben über den psychologischen und sozialen Hintergrund sowie die Beziehungen des Beschwerdeführers zu erheben. Diese Probleme der Beschaffung beurteilungsrelevanter Informationen gründen nicht nur auf dem - als Krankheitssymptom gewerteten - Kommunikationsverhalten des Beschwerdeführers selbst (vgl. Erw. 3.1). Den Gutachtern standen offensichtlich weder die vom Sozialversicherungsgericht mit Verfügung vom 9. November 2007 beigezogenen Akten des Migrationsamtes des Kantons Zürich (Urk. 25/1-38) noch andere amtliche Akten, welche Auskunft über den psychologischen und sozialen Hintergrund sowie die Beziehungen des Beschwerdeführers hätten geben können, zur Verfügung. Selbst dem vom Vertreter des Beschwerdeführers namens des Beschwerdeführers beauftragten Privatgutachter J. \_\_\_ wurden die beim Vertreter des Beschwerdeführers vorhandenen Aktenkopien des Migrationsamtes (gemäss Urk. 25/31-32 hatte dieser die Urk. 25/1-30 am 7. Dezember 2006 zur Einsicht erhalten) nicht zur Verfügung gestellt; der beauftragte Gutachter wurde lediglich auf seine Anfrage hin in einem Telefonat vom 26. Februar 2007 in knapper Form darüber informiert, dass dem Beschwerdeführer das Schweizer Bürgerrecht wieder entzogen worden sei, da zum Zeitpunkt der Einreichung des Einbürgerungsgesuchs die Voraussetzungen für die erleichterte Einbürgerung nicht mehr erfüllt gewesen seien, weil damals die (erste) Ehe (mit einer Schweizerin) nicht mehr einwandfrei funktionierte (vgl. Urk. 18 S. 10 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass selbst dem eigenen Privatgutachter für die psychiatrische Beurteilung höchst relevante Informationen über die Lebensgeschichte des Beschwerdeführers vorenthalten wurden, ist nachvollziehbar, da sie - wie nachfolgend darzulegen sein wird - geeignet sind, tatsächliche Annahmen, auf die die psychiatrischen



Schweizerinnen und Schweizer negative Vorurteile gegenüber Ausländern mit Herkunft aus einem Balkanstaat haben und Namensendungen wie „vic“ als Hinweis auf eine solche Herkunft ansehen, erscheint es als durchaus legitim und nachvollziehbar, einen Familiennamen mit einer solchen Namensendung abändern zu lassen, um seine Herkunft weniger erkennbar zu machen und damit sich sowie den anderen Familienangehörigen das Fortkommen in der Schweiz (z.B. bei der Wohnungssuche) zu erleichtern. Im vorliegend interessierenden Zusammenhang ist daran lediglich bemerkenswert, dass der Beschwerdeführer offenbar auch im Jahre 2005 noch zu einer intellektuell eher anspruchsvollen, jedenfalls nicht selbstverständlichen, vorausschauenden zweckrationalen Überlegung fähig war und diese umsetzen konnte.

4.2.5 Dass der Beschwerdeführer durchaus in der Lage ist, Situationen einzuschätzen und daraus Schlussfolgerungen zu ziehen, ist übrigens bereits aus dem Bericht der Klinik O. vom 28. Juli 2004 (Urk. 12/9 S. 3) ersichtlich, lehnte er doch damals das ihm von der Klinik unterbreitete Angebot, ihn stationär zu behandeln, wegen der unadäquaten Bedingungen ab.

4.2.6 Schliesslich ist die aus dem Dossier des kantonalen Migrationsamts ersichtliche ausländerrechtliche Situation des Beschwerdeführers bedeutsam für die richtige Einschätzung des sekundären Krankheitsgewinns, welchen der Beschwerdeführer aus der invalidenversicherungsrechtlichen Anerkennung einer schweren Konversionsstörung ziehen könnte. Denn die invalidenversicherungsrechtliche Anerkennung einer solchen Krankheit würde im vorliegenden Fall nicht nur Sozialversicherungsleistungen auslösen, sie würde dem Beschwerdeführer und seiner Familie voraussichtlich auch ein dauerndes Aufenthaltsrecht in der Schweiz sichern. Auf den für den Beschwerdeführer und seine Familie existenziellen Zusammenhang zwischen Invalidität und Aufenthaltsrecht weist der Vertreter des Beschwerdeführers in seiner Eingabe vom 4. Dezember 2006 hin (Urk. 25/31).

4.3 Die vorstehend erwähnten Hinweise auf die Fähigkeit des Beschwerdeführers zu planmässigem Denken und Handeln zeigen, dass die aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer Auto fahren kann, abgeleitete Skepsis der RAD-Ärzte gegenüber der von den Gutachtern H. und J. diagnostizierten Pseudodemenz durchaus gerechtfertigt ist. Dies umso mehr, als auch die von den Gutachtern erhobenen Angaben über die Alltagsbewältigung keineswegs auf eine gravierende Einschränkung in der alltäglichen Lebensführung und im Lebensgenuss schliessen lässt. Der Beschwerdeführer ist trotz seiner ataktischen Symptome in seiner Mobilität nicht schwer eingeschränkt; soweit der Gutachter J. das Zustandsbild des Beschwerdeführers mit dem einer konversionsbedingten Paraplegie oder Tetraplegie vergleicht (Urk. 18 S. 16), ist dies verfehlt. Der Beschwerdeführer muss im Gegensatz zu konversionsbedingten Para- oder Tetraplegikern zur Aufrechterhaltung des Krankheitsbildes im Alltag nicht dauernd eine stark behindernde körperliche Einschränkung oder gar den Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung in Kauf nehmen, sondern kann sich sowohl zu Fuss als auch mit dem Auto frei bewegen und - in Begleitung - auch Reisen unternehmen (vgl. Urk. 12/9 S. 3). Eine Einschränkung besteht lediglich zufolge vereinzelter - aber offenbar nicht situationstypisch auftretender - choreaähnlicher Armbewegungen und angeblicher Verlangsamung sowie schnellerer Ermüdung. Auch diese Einschränkungen sind aber letztlich nicht objektivierbar, da die Akten auch Angaben enthalten, welche das vom Beschwerdeführer und seinen Angehörigen

angegebene oder im Rahmen von Ärztlichen Untersuchungen festgestellte Ausmass relativieren (vgl. Urk. 12/12 S. 3 betreffend Nordic Walking sowie Badminton und Basketball).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenso wenig besteht eine klar nachweisbare signifikante Einschränkung des Beschwerdeführers in Bezug auf Haushaltsarbeit und Kinderbetreuung (vgl. Urk. 12/38 S. 4 ff., Ä■Aktuelle soziale SituationÄ■ und Ä■Aktuelles BefindenÄ■). Und auch die Behauptung, dass sich die Sexualfunktion, d.h. die Lust- und Erektionsfähigkeit, massiv verschlechtert habe (Urk. 18 S. 12), ist angesichts der mutmasslichen Zeugung des am 8. Januar 2006 geborenen Kindes K.\_\_\_\_ D.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 9 und Urk. 10/1) nicht nachgewiesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt zeigt sich ein Krankheitsbild mit motorischen und kognitiven Störungen, welche sich offenbar vor allem auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken, ihn aber sonst im Alltag nicht nachweisbar dauernd und schwerwiegend einschränken.

4.4.Ä Ä Ä In Ätiologischer Hinsicht bleibt nach Auffassung des Gutachters H.\_\_\_\_ völlig im Dunkeln, warum es zu dieser drastischen neurotischen Krankheitsentwicklung kam, und kann darüber nur spekuliert werden (Urk. 12/38 S. 9. f.). Der Gutachter J.\_\_\_\_ sieht eine verursachende Belastungssituation in der Kombination des Verlustes der Gesundheit, des Drucks, für die Familie aufzukommen, und der Immigration-situation, wobei Letztere nicht der hauptsächliche Belastungsfaktor sei (Urk. 18 S. 13 und S. 16 Ä■KulturschockÄ■).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ob die relativ vagen Ausführungen des Gutachters J.\_\_\_\_ zur Ätiologie als Nachweis dafür genügt, dass hier die körperlichen Symptome eine symbolische Lösung eines unbewussten psychischen Konfliktes repräsentieren, die angstreduzierend wirkt und dazu dient, den Konflikt ausserhalb des Bewusstseins zu halten (vgl. Erw. 4.1), erscheint als fraglich. Dies umso mehr, als völlig unklar ist, wie belastend die angeblich (mit)verursachenden Umstände für den Beschwerdeführer effektiv waren bzw. sind.

4.4.1Ä Ä Aus arbeitsbiographischer Sicht ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer sich nach seiner ersten Einreise in die Schweiz keineswegs eine sichere erwerbliche Existenz aufgebaut hat, welche eine solide wirtschaftliche Basis für den Familiennachzug bei der zweiten Einreise bildete und durch den Unfall vom 19. November 2002 unerwartet in Frage gestellt wurde. Aus dem individuellen AHV/IV-Konto des Beschwerdeführers (Urk. 12/40) ist ersichtlich, dass seine berufliche Karriere kein länger als zwei Jahre dauerndes Arbeitsverhältnis aufweist und immer wieder durch Arbeitslosigkeit unterbrochen wurde. Selbst im besten Fall - d.h. wenn er die zuletzt gehabte Arbeitsstelle mit einem Bruttojahreseinkommen von Fr. 57'200.-- (13 x Fr. 4'400.-- gemäss Urk. 12/13) hätte behalten können - hätte er mit seinem Erwerbseinkommen nach dem Abzug von Sozialversicherungsbeiträgen, Berufsauslagen und Steuern den wirtschaftlichen Bedarf seiner fünfköpfigen Familie (12 x Fr. 4'353.-- = Fr. 52'236.-- gemäss Urk. 10/7) von vornherein nicht voll decken können. Inwiefern der Beschwerdeführer unter diesen Umständen unter dem Druck gestanden sein soll, für die Familie aufkommen zu müssen, ist nicht ersichtlich; seine Erwerbstätigkeit konnte nur dazu dienen, den Schaden der zur wirtschaftlichen Fürsorge verpflichteten Wohngemeinde zu mindern.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Darauf, dass die Existenzsicherung durch staatliche Hilfe tatsächlich weder für den Beschwerdeführer noch für seine Ehefrau eine schwere Belastung darstellt, deutet ferner der Umstand hin, dass sie unbekümmert ihre Familie vergrüssert haben.

4.4.2 Ä Ä Im Äbrigen kann auch keine Rede davon sein, dass der Beschwerdeführer durch die unmittelbaren Auswirkungen des Unfalls vom 18. November 2002 Äseine GesundheitÄ verloren hätte. Vielmehr heilten die körperlichen Unfallfolgen so weit ab, dass dem Beschwerdeführer - mit seinem Einverständnis - nach gut einem halben Jahr wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit bescheinigt werden konnte (Urk. 12/12 S. 20), und war der Unfall weder dramatisch noch psychisch belastend (Urk. 12/38 S. 9). Eine ununterbrochene vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom 11. November 2002 wurde dem Beschwerdeführer erst am 9. September 2004 von seinem Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ bescheinigt, welcher ihn allerdings erst seit dem 26. April 2004 behandelte (Urk. 12/11 S. 5). Zu diesem Zeitpunkt zeigte der Beschwerdeführer aber bereits die Symptomatik einer Konversionsstörung (Urk. 12/11 S. 5 f., Urk. 12/12 S. 4-7 und S. 11-12). Es ist daher nicht nachvollziehbar, inwiefern die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers nach dem Unfall vom 18. November 2002 ein Belastungsmoment hätte darstellen sollen, welches die besagte Konversionsstörung verursachte.

4.4.3 Ä Ä Äber die Frage, ob beim Beschwerdeführer eine Entwurzelungsproblematik im Sinne der von Dr. E.\_\_\_\_ am 19. April 2005 beschriebenen Akulturation (Urk. 12/23 S. 4) besteht, gehen die Ärztlichen Ansichten auseinander (vgl. Urk. 12/41 S. 6 und Urk. 18 S. 16 f.). Einigkeit besteht aber darüber, dass eine solche Akulturation per se keine Krankheit ist. Auch als für eine Konversionsstörung ursächliches Belastungsmoment könne ihr höchstens untergeordnete Bedeutung zu (vgl. Urk. 12/38 S. 9 und Urk. 18 S. 16).

4.4.4 Ä Ä Eine nachvollziehbar starke psychische Belastung für den Beschwerdeführer dürfte indessen die am 26. März 2004 erfolgte Nichtigerklärung seiner Einbürgerung (vgl. Urk. 25/3) gewesen sein. Denn damit war das weitere Aufenthaltsrecht für den arbeitslosen und fürsorgeabhängigen Beschwerdeführer und seine Familie in Frage gestellt. Diese Belastung wurde allerdings von den medizinischen Experten nicht als mögliche Ursache einer Konversionsstörung in Betracht gezogen. Tatsächlich wäre die Entwicklung körperlicher und/oder mentaler Symptome für eine Krankheit in der Situation des Beschwerdeführers auch nicht Folge eines unbewussten innerseelischen Konflikts, welcher gemäß der in Erwägung 4.1 dargestellten psychoanalytischen Hypothese durch die Entwicklung körperliche Symptome ausserhalb des Bewusstseins gehalten und einer angstreduzierenden symbolischen Lösung zugeführt werden könnte, sondern vielmehr eine erfolgversprechende Strategie zur für ihn befriedigenden Lösung eines realen Konflikts (vgl. Erw. 4.2.6).

4.5 Ä Ä Ä Ä Was den differenzialdiagnostischen Ausschluss der Vortäuschung einer psychischen Störung durch die Gutachter H.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ anbelangt, ist Folgendes festzuhalten:

4.5.1 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zutreffend ist die Feststellung des Gutachters H.\_\_\_\_, dass keiner der Voruntersucher explizit einen Verdacht auf bewusste Simulation oder Aggravation geäußert hat (Urk. 12/38 S. 9). Entgegen der weiter gehenden Behauptung des Gutachters

J. \_\_\_ (Urk. 18 S. 16) finden sich in den Akten aber sehr wohl ärztliche Feststellungen, welche als Hinweise darauf gewertet werden können. Denn im psychosomatischen Konsilium der Klinik L. \_\_\_ vom 20. Februar 2003 wird festgehalten, dass der Beschwerdedarstellung ein klar depressives Zustandsbild zeigte, die Gesamtsituation gemäss Aktenlage und das Verhalten des Beschwerdeführers mit deutlicher Symptomausweitung aber eher gegen eine schwere depressive Erkrankung sprechen würden. Als Erklärung für die beschwerdeführerische Demonstration eines depressiven Beschwerdebildes wurden damals irgendwelche peinlichen Hintergründe vermutet, welche es ihm nicht erlaubten, sich zu öffnen (Urk. 12/12 S. 30). Das bei der Demonstration des depressiven Beschwerdebildes gleiche Kommunikationsverhalten wie gegenüber den psychiatrischen Gutachtern (vgl. Urk. 12/12 S. 28 f.) wurde von den psychiatrischen Fachärzten der Klinik L. \_\_\_ also als Ausdruck eines bewussten Verschweigens gedeutet.

4.5.2. Entgegen der Einschätzung des Gutachters J. \_\_\_ (Urk. 18 S. 16 Ziff 3 des Abschnitts «Simulation oder nur Aggravation») wäre das von ihm beschriebene spezifische Krankheitsbild des Beschwerdeführers keineswegs in allerhöchstem Masse schwierig nachzuahmen und auf Dauer glaubwürdig aufrecht zu erhalten. Denn es erfordert keine für Aussenstehende klar erkennbaren typischen Verhaltensweisen, und alle nicht ins Bild passenden «Normalitäten» können ja mit einer «typischen Unklarheit über das tatsächliche Ausmass der Symptomatik» (Urk. 12/38 S. 9) bzw. mit der «Regel, dass bei Konversionskrankheiten bzw. dissoziativen Krankheiten bestimmte Bereiche kognitiver bzw. motorischer Funktionen ausgespart bleiben» (Urk. 18 S. 14), erklärt werden.

4.5.3. Daran, dass ein Krankheitsbild in der beim Beschwerdeführer beschriebenen Ausprägung leicht vorzutauschen ist, ändert auch die Feststellung des Gutachters J. \_\_\_ nichts, dass es sich um ein in der psychiatrischen Krankheitslehre bekanntes Krankheitsbild handle (Urk. 18 S. 16 Ziff. 1 des Abschnitts «Simulation oder nur Aggravation»). Denn offenbar ordnet er das spezifische Krankheitsbild des Beschwerdeführers - wie die unmittelbar vorausgehenden Ausführungen über konversionsbedingte Paraplegie oder Tetraplegie zeigen - diesen bekannten Krankheitsbildern zu. Dass es äusserst schwierig ist, eine konversionsbedingte Paraplegie oder Tetraplegie nachzuahmen und auf Dauer glaubwürdig aufrecht zu erhalten, leuchtet ein. Doch kann daraus nicht geschlossen werden, dies gelte auch bei einer völlig anderen Ausprägung des spezifischen Krankheitsbildes.

4.5.4. Die Behauptung, dass das Krankheitsbild des Beschwerdeführers konstant und unabhängig von den äusseren Bedingungen sei (Urk. 18 S. 16 Ziff 2 des Abschnitts «Simulation oder nur Aggravation»), ist angesichts der diffusen Symptomatik des beschwerdeführerischen Krankheitsbildes (vgl. Erw. 4.5.2) nicht im Geringsten aussagekräftig.

4.5.5. Was die angeblich für eine Simulation erforderliche konspirative Mitwirkung Anderer (Urk. 18 S. 16 Ziff 3 des Abschnitts «Simulation oder nur Aggravation») anbelangt, erschiene zwar eine bewusste Mitwirkung der Angehörigen angesichts der existenziellen Bedeutung einer Invalidität des Beschwerdeführers für die ganze Familie (vgl. Erw. 4.2.6) nicht als abwegig. Da es keine für Aussenstehende klar erkennbaren typischen krankhaften Verhaltensweisen gibt (vgl. Erw. 4.5.2) und daher auch die Angehörigen das Verhalten des Beschwerdeführers bzw. dessen kognitive oder

motorische Leistungsfähigkeit in bestimmten Lebenssituationen nicht sicher beurteilen können (er könnte ja auch gegenüber seinen Angehörigen Defizite simulieren, um deren Verhalten zu beeinflussen), wäre es aber durchaus auch möglich, dass die Angehörigen ihre jeweilige Rolle (z.B. der jüngere Bruder, der den Beschwerdeführer jeweils zu den ärztlichen Untersuchungen begleitet und dort dessen anamnestische Angaben ergänzt und korrigiert [vgl. Urk. 18 S. 3]) im Rahmen der Vortäuschung einer psychischen Störung durch den Beschwerdeführer ohne eigene Täuschungsabsicht spielen. Ob der kulturelle Hintergrund bzw. die darauf gründende Hierarchie in der Familie es den Angehörigen überhaupt erlauben würde, eine von ihnen erkannte Vortäuschung einer psychischen Störung durch den Beschwerdeführer zu durchkreuzen, kann dahingestellt bleiben.

4.5.6 Schliesslich vermag auch die Auffassung des Gutachters J.\_\_\_\_, gegen eine Aggravation spreche vor allem auch, dass die Haltung des Beschwerdeführers offen und unbekümmert sei und nicht das subjektive Leiden demonstrierend (Urk. 18 S. 16 Ziff 5 des Abschnitts "Simulation oder nur Aggravation"), nicht zu überzeugen. Hier verkennt der Gutachter, dass das ihm demonstrierte Leiden nicht ein körperlicher Schmerz oder eine Depression war, sondern eine Demenz. Es ist daher nicht einzusehen, weshalb der Beschwerdeführer bei dieser Demonstration hätte bekümmert wirken sollen. Was die angebliche Offenheit des Beschwerdeführers anbelangt, handelt es sich um einen unzulässigen Rückschluss aus der Unbekümmertheit. Man kann ja auch unbekümmert etwas vortäuschen und/oder verschweigen.

4.6 Insgesamt zeigt sich, dass die vorliegenden Psychiatrischen Gutachten weder die Widersprüche zwischen den aktenkundigen kognitiven Fähigkeiten und der dementiellen Symptomatik ausmischen, noch die Entstehung der diagnostizierten Krankheit plausibel erklären, noch die Vortäuschung einer psychischen Krankheit differenzialdiagnostisch mit hinreichender Sicherheit ausschliessen können.

## E. 5

5.1 Demzufolge ist nicht mit dem in der im Sozialversicherungsrecht erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die vom Beschwerdeführer gezeigte Symptomatik Ausdruck eines gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG invalidisierenden Gesundheitsschadens ist, wobei offen gelassen werden kann, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die bewusste Vortäuschung einer psychischen Krankheit oder eine - invaliditätsfremde - Akkulturationsproblematik mit einer bewussten oder unbewussten Symptomverstärkung vorliegt. Für die Abweisung des Leistungsbegehrens ist nicht die Alternative zu einem versicherten Gesundheitsschaden zu beweisen, sondern genügt es, dass der Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes nicht hinreichend nachgewiesen werden kann.

5.2 Darauf, dass von weiteren Abklärungen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind, wies bereits der Gutachter H.\_\_\_\_ hin (vgl. Urk. 12/38 S. 9). Nach dem Vorliegen eines weiteren fachärztlichen Gutachtens, welches den Nachweis eines versicherten Gesundheitsschadens ebenfalls nicht zu erbringen vermochte, kann daher von weiteren Abklärungen abgesehen werden und ist die Beschwerde abzuweisen, weil kein anspruchsbegründender Gesundheitsschaden vorliegt.

5.3 Ausgangsgemäss sind dem Beschwerdeführer gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 1'000.-- aufzuerlegen, wobei sie jedoch

einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen sind, da der Beschwerdeführer offensichtlich mittellos ist.

Der beschwerdeführerische Antrag, es sei ihm sein Vertreter als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen, ist indes abzuweisen, da die Verhältnisse im vorliegenden Verfahren eine anwaltliche Vertretung nicht erforderten (vgl. Art. 61 lit. f ATSG). Denn es haben sich weder komplizierte Rechtsfragen gestellt noch war ein komplexer Sachverhalt darzulegen. Der Beschwerdeführer wäre auch ohne anwaltliche Vertretung in der Lage gewesen (vgl. Urk. 25/5), mit Verweis auf ein in den Akten befindliches bzw. ein noch nachzureichendes ärztliches Gutachten eine Krankheit zu behaupten, worauf sich die Beschwerdeschrift beschränkt (vgl. Urk. 1).

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung wird abgewiesen, und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Rechtsanwalt Matthias Horschik
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Migrationsamt des Kantons Zürich

sowie an:

- die Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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