

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01110 vom 17. April 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-04-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01110

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01110 du 17 avril 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01110 del 17 aprile 2009

Erwägungen

E. 3

3.1 Der Oberarzt der Klinik für Rheumatologie des Stadtspitals B.____ diagnostizierte im Bericht vom 17. September 2003 (Urk. 10/9/182-183) ein zervikocephales Schmerzsyndrom bei Status nach Akzelerationstrauma am 16. Mai 2003 (S. 1 Mitte). Im angestammten Beruf als Hilfsarbeiter mit körperlich wechselbelastenden Tätigkeiten in einer Feinmechanik-Firma bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Mitte).

Die gleichen Angaben wurden im Bericht vom 2. Dezember 2003 (Urk. 10/9/174-175) gemacht. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig; bei der zu 100 % erhaltenen Arbeitsfähigkeit sei eine kreisärztliche Untersuchung nicht notwendig (S. 2 Ziff. 3b).

Im Bericht vom 9. Februar 2004 (Urk. 10/9/170-171) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei dem Psychologen vorgestellt und zur ambulanten Schmerztherapie an das Universitätsspital C.____ (C.____) überwiesen worden (S. 1 Ziff. 3d). Bis am 19. Januar 2004 habe er 100 % gearbeitet, vom 19. Januar bis 8. Februar 2004 sei er zu 100 % arbeitsunfähig gewesen; für eine rückenschonende leichte Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (S. 2 Ziff. 4a).

3.2 Die Ärzte der Rheumaklinik des C.____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 20. Februar 2004 (Urk. 10/9/176-177) ebenfalls ein zervikocephales Schmerzsyndrom (S. 1 Mitte). Aktuell gebe der Beschwerdeführer dauernde Schmerzen im Nacken an, bi-okzipitale Kopfschmerzen, leichte Schluckstörungen, schmerzbedingte Schlafstörungen, Trämmebeschwerden bei schnellen Positionswechseln, gelegentlich leichte lumbale Schmerzen sowie 1-2 Monate nach dem Unfall erstmals bemerkte Konzentrations- und Gedächtnisstörungen (S. 1 unten). Der Beschwerdeführer wurde als zu 100 % arbeitsfähig beurteilt und die Aufnahme in das ambulante interdisziplinäre Schmerz-Programm (AISP) ins Auge gefasst (S. 2).

Gemäss Bericht vom 21. Juli 2004 (Urk. 10/9/112-122) wurden am 14. April 2004 ein Arbeits-Assessment und am 17./18. Mai 2004 der Basistest durchgeführt.

Die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter wurde als ganztags gegeben beurteilt. Wegen der Selbstlimitierung des Beschwerdeführers sei dabei die Frage einer Belastungsreduktion nicht abschliessend beurteilbar. Der Beschwerdeführer sei aber mindestens in der Lage, beim Heben von Boden- zu Taillenhöhe 10 kg und beim Tragen vorne 15 kg zu hantieren (S. 9 Mitte).

Am 2. September 2004 überwies Dr. med. F. ____, der auch die Untersuchung durch Dr. E. ____, veranlasst hatte, den Beschwerdeführer an das medizinische Zentrum G. ____, (Urk. 10/9/87-88), wo dieser gleichentags in ein tagesklinisches achtwöchiges Rehabilitationsprogramm aufgenommen wurde (Urk. 10/9/86).

Am 14. September 2004 erstattete Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für Neurologie, ein Gutachten im Auftrag der SUVA (Urk. 10/9/78-85).

Aktuell leide der Beschwerdeführer an ständigen Nackenschmerzen beidseits und gegen Abend diffusen Kopfschmerzen. Manchmal, etwa nach raschem Aufstehen oder beim Fahren im Tram, werde es ihm unwohl. Manchmal habe er ausstrahlende Schmerzen im ganzen linken oberen Körperquadranten und bei schnellen Kopfbewegungen einen ungerichteten Sekundenschwindel (S. 2 Mitte).

Dr. H. ____, stellte folgende Diagnose: chronisches zervikocephales Schmerzsyndrom ohne neurologische Auffälligkeiten, mit neuropsychologischen Störungen und mit Verdacht auf psychogene Überlagerung (Anpassungsstörung mit depressiver Komponente?) bei Zustand nach Kopfprellung und Abknickverletzung (Distorsion) der HWS infolge Seitwärtskollision am 16. Mai 2003 (S. 1 unten).

Der Beschwerdeführer habe noch körperliche Beschwerden, scheine diese aber reichlich überzubewerten, womit auch etwas die Gefahr einer Übertherapie bestehe, was wahrscheinlich mehr schädlich als nützlich sei. Zu empfehlen seien eine stationäre Rehabilitation, ein psychosomatisches und psychiatrisches Konsilium und eine neuropsychologische Abklärung (S. 7 Mitte).

Im psychologisch-psychiatrischen Bericht des medizinischen Zentrums G. ____, vom 8. Oktober 2004 an die SUVA (Urk. 10/9/65-68) wie in jenem vom 24. November 2004 an Dr. F. ____, (10/9/48-53) wurden als Diagnosen eine HWS-Distorsion und eine mittelgradige depressive Episode als Folge des Unfalls genannt (S. 1). Zusammenfassend habe sich das Bild einer starken eher ängstlich gehemmten Depression ergeben. Aus dem neuropsychologischen Screening ergäben sich Hinweise auf eine mögliche hirnorganische Beeinträchtigung (S. 2 unten).

Am 29. Oktober 2004 nahm Kreisarzt Dr. D. ____, eine Aktenbeurteilung vor: Es bestehe ein chronisches cervico-cephales Schmerz-Syndrom ohne neurologische Auffälligkeiten und daneben eine psychogene Überlagerung und mittelgradige depressive Episode. Strukturelle Veränderungen im Bereich des Schädels und der HWS hätten nicht nachgewiesen werden können. Aufgrund der Angaben nach dem Unfallereignis sei keine Schädelverletzung und damit auch keine Hirnverletzung erfolgt. Der beschriebene Unfallmechanismus spreche gegen eine hirnorganische Veränderung. Aufgrund der Befunde insgesamt beständen keine nachweisbaren somatischen Restfolgen. Die funktionellen nachvollziehbaren Beeinträchtigungen würden keine Arbeitsunfähigkeit begründen (Urk. 10/9/61).

Am 29. März 2005 erstattete Dr. med. I. ____, Fachärztin FMH für Neurologie, Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA, eine ärztliche Beurteilung (Urk. 10/9/55-58), wobei sie sich auf die vorhandenen Akten stützte (S. 1 f.). Sie führte unter anderem aus, bei den radiologisch erhobenen vermeintlichen Blockierungen der Segmente C2, C5 und C6 handle es sich um eine schmerzbedingte Hypomobilität,

weshalb Funktionsaufnahmen der HWS keinen Aussagewert hätten (S. 3 Ziff. 2). Es beständen keine organischen Unfallfolgen (S. 3 Ziff. 4). Der Beschwerdeführer leide an einem zervikovertebralen Syndrom mit minimalen Muskelverspannungen im Nacken-/Halsbereich und weiteren - einzeln genannten - Beschwerden. Aufgrund der Beschwerden im Schultergürtel seien dem Beschwerdeführer wechselbelastende Tätigkeiten mit wenigen - einzeln genannten - Einschränkungen zu 100 % zumutbar (S. 4 Ziff. 6 und 7).

3.8 Am 28. März 2006 erstattete PD Dr. med. J. ____, Unabhängige medizinische Gutachtenstelle (UMEG), im Auftrag des Beschwerdeführers eine interdisziplinäre Beurteilung, dies inklusive ein von ihm selber erstelltes rheumatologisches Teilgutachten, eine von ihm verfasste Beantwortung der gestellten Fragen, eine von ihm erstellte Zusammenfassung der überlassenen Akten, und ein neuropsychologischen Teilgutachten von Dr. phil. K. ____, vom 25. März 2006 (Urk. 10/34/25-55 = Urk. 3/17), sowie unter Beilage eines Berichts von Dr. med. L. ____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 5. Dezember 2005 (Urk. 10/34/56-64 = Urk. 3/16).

Dr. K. ____, führte in ihrem Bericht (Urk. 10/34/39-52) gestützt auf die Akten und die am 8. März 2006 durchgeführte neuropsychologische Untersuchung (S. 1) aus, der Beschwerdeführer klagte aktuell über unveränderte Kopf- und Nackenschmerzen, häufigen Schwindel und verschwommenes Sehen, Kraft- und Gefühllosigkeit in Armen und Händen, ziehende Schmerzen und einen Tinnitus in beiden Ohren sowie Unbehagen beim Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel (S. 6 f.).

Zusammenfassend beurteilte Dr. K. ____, die eruierten Befunde dahingehend, dass sie auf ein allgemein mittelschwer bis schwer reduziertes kognitives Leistungsniveau in durchwegs allen Bereichen hinwiesen. Hinzu komme eine deutlich herabgesetzte Belastbarkeit mit Somatisierungstendenz sowie ein generell deutlich verlangsamtes Arbeitstempo nebst mangelnder Fehlerkontrolle (S. 11 unten).

Eine derart deutliche Reduktion des allgemeinen kognitiven Leistungsniveaus lasse sich weder aus den Akten noch aus den persönlichen Angaben des Beschwerdeführers erklären, so dass von einer depressiven Unbehagen beziehungsweise einer massiven psychischen Dekompensation ausgegangen werden müsse, falls sich aus neurologischer Sicht kein weiterer Anhaltspunkt für ein organisches Korrelat für die gefundenen kognitiven Defizite ergebe (S. 12 Mitte).

In Beantwortung der gestellten Fragen führte Dr. K. ____, schliesslich unter anderem aus, eine neuropsychologische Behandlung hätte aufgrund der generellen Reduktion des Leistungsvermögens keinen Erfolg gebracht. Eine psychiatrische beziehungsweise psychotherapeutische Behandlung wäre auch heute vorzuziehen (S. 14 Ziff. 5.4).

Zur UMEG-Beurteilung hat das hiesige Gericht bereits im den Beschwerdeführer betreffenden unfallversicherungsrechtlichen Urteil vom 5. Januar 2007 (Urk. 11) nach entsprechender Würdigung festgehalten, sie leide, mit Ausnahme des neuropsychologischen Teilgutachtens, an derart offenkundigen Mängeln, dass sie nachgerade als Gefälligkeitsgutachten qualifiziert werden müsse (S. 17 Erw. 6.2). Vor diesem Hintergrund besteht keine Veranlassung, darauf hier noch einmal näher einzugehen.

3.9. Am 3. Juli 2006 erstatteten PD Dr. med. M.____, Innere Medizin, und Dr. med. N.____, Innere Medizin, Gesamtleitung Ärztliches Begutachtungsinstitut, O.____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/34/1-21), dies basierend auf den ihnen überlassenen und zusätzlich angeforderten Akten (S. 1-8), den anlässlich der Untersuchung vom 30. und 31. Mai 2006 vom Beschwerdeführer gemachten Angaben und erhobenen Befunden (S. 8 f.) sowie einem neurologischen (S. 10-14) und einem psychiatrischen (S. 14-18) Teilgutachten.

Die Gutachter nannten hauptsächlich folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 5.1):

- Status nach HWS-Distorsionstrauma nach Verkehrsunfall am 16. Juni 2003
- Zervikalsyndrom mit vorwiegend tendomyogen bedingten Nacken-Schulter-Armschmerzen beidseits
- Schwindel und Gleichgewichtsstörung
- kognitive Defizite (Konzentrationsstörung, Vergesslichkeit)
- Durchschlafstörung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 18 Ziff. 5.2):

1. leichte depressive Episode (ICD-10: F42.0)
2. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F59)

Insgesamt bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Dafür verantwortlich sei eine Schmerzverarbeitungsstörung, welche aber gemäss psychiatrischem Teilgutachten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Aufgrund des während des Gutachtens bestehenden Beschwerdebildes sowie der kommunikativen Einschränkung bestehe zum jetzigen Zeitpunkt keine Arbeitsfähigkeit (S. 19 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten, die geklagten somatischen Beschwerden könnten somatisch nicht objektiviert werden. Es müsse eine psychische Überlagerung angenommen werden. Der Beschwerdeführer leide nicht unter psychosozialen Belastungen, auch liege kein deutliches Rentenbegehren vor. Es könnten also weder die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung noch Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen gestellt werden. Es handle sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung (S. 16 Mitte).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als technischer Mitarbeiter in einem Feinmechanikbetrieb bestehe zur Zeit aufgrund der bestehenden kognitiven Defizite und der chronischen Schmerzsymptomatik keine zumutbare Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 6.2).

Die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bleibe zum jetzigen Zeitpunkt unklar, denn dass der Beschwerdeführer eine eher anspruchsvolle Reise mit dem öffentlichen Verkehr bewältigt habe, sei bei dem am 25. März 2006 erhobenen neuropsychologischen Befund kaum möglich, die organischen Beschwerden könnten nicht im vom Beschwerdeführer angegebenen Ausmass verstanden werden, während andererseits (abgesehen von einer leichten depressiven Episode und einer

Schmerzverarbeitungsstörung, welche einzig zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % (für 4 Stunden) keine psychiatrische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden könnte (S. 19 Ziff. 6.4).

3.10. Vom 3. bis 24. Januar 2007 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik P. ____, P. ____, (vgl. Urk. 10/51/1-41), wo gemäß neurologischer und sodann interdisziplinärer Beurteilung vom 5. März 2007 (Urk. 10/51/1-13) folgende Diagnosen gestellt wurden (S. 13 Ziff. 4):

- somatoforme Schmerzstörung mit komorbider, depressiver Komponente
- auffälliges abnormes Krankheitsverhalten mit Regressivität beziehungsweise dysfunktionalem Überzeugungsmuster (mit Selbstlimitierung) ohne eigenen Krankheitswert

Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Arbeitsbereich betrage 50 % (S. 13 Ziff. 5).

Aus neurologischer Sicht wurde ausgeführt, eine spezifische neuropsychologische Störung habe sich nicht nachweisen lassen. Würde man die aktenkundigen und aktuellen neuropsychologischen Abklärungsergebnisse für bare Münze nehmen, müsste festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer im Alltag völlig dysfunktional wäre. Anlässlich der praktisch-klinischen Beobachtung im Rahmen des stationären Aufenthalts habe dies jedoch nicht festgestellt werden können; vielmehr sei der Beschwerdeführer in der Lage, für sich selbst zu sorgen und auch gezielt Räumlichkeiten in dem nicht ganz einfach verständlichen Gebäudekomplex der Klinik zu finden. Insofern habe sich auch bezüglich des neuropsychologischen Testergebnisses eine Diskrepanz gezeigt zwischen den in der offensichtlichen Testsituation gezeigten Leistung und dem alltagspraktischen Verhalten (S. 10 unten). Medizinisch nicht begründbar sei, dass der Beschwerdeführer angebe, dass er eine 2 ½ kg schwere Kiste nicht aufheben könnte. Auch habe er seine Handkraft und seine Leistungen bei den Handkoordinationstests bei der Evaluation massiv verändert präsentiert. Andererseits sei er in Situationen, die nicht offensichtlichen Testungen dienten, durchaus körperlich leistungsfähiger gewesen (S. 10 f.).

Insgesamt bleibe aus neurologischer Sicht festzustellen, dass eine unfallbedingte oder anderweitige Schädigung des Nervensystems nicht wahrscheinlich zu machen sei. Es habe sich ein massiv dysfunktionales Verhalten gezeigt (S. 11 oben).

Am 11. Januar 2007 erstattete Dr. med. Q. ____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinischer Leiter Zentrum für Begutachtung der Rehaklinik P. ____, ein psychiatrisches Teilgutachten (Urk. 10/51/22-36). Nach einem spezifisch psychiatrischen Aktenauszug (S. 1-7) schilderte der Gutachter die Angaben des Beschwerdeführers und die von ihm erhobenen Befunde (S. 7-12).

In seiner Beurteilung wies er auf erhebliche negative Gefühle des Beschwerdeführers gegenüber der Unfallverursacherin und eine Tendenz, sich generell als Opfer zu fühlen und die Verantwortung zu delegieren, hin (S. 13) und begründete, weshalb seines Erachtens eine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren sei (S. 13 Mitte). Ferner bestehe eine relativ gering ausgeprägte depressive Komponente. Es lasse sich keine typische, schwerere depressive Symptomatik vorfinden, die etwa im Vordergrund des Beschwerdebildes stehen würde. Die Befundlage

sowie eine gewisse erhaltene Freude an sportlichen Ereignissen, diesbezügliches Interesse und auch eine gewisse Genussfähigkeit sozialen Kontakten gegenüber (S. 13 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Doch sei insgesamt auffällig, wie stark der Beschwerdeführer auf einer Rückzugstendenz insistiere und offensichtlich vor allem am liebsten seine Ruhe zu Hause, geborgen bei Frau und Tochter, haben wolle. Dies sei ein Hinweis auf regressive Tendenzen. Gleichzeitig bestehe aber auch eine gewisse Verdeutlichungstendenz in der Präsentation der Beschwerden (S. 14 oben). Es wäre dem Beschwerdeführer auch aus psychiatrischer Sicht theoretisch mehr zuzumuten als er sich in der Lage erklären zu leisten. Aufgrund der fehlenden Schwere seiner psychischen Beeinträchtigung wäre es ihm zumutbar, sich mindestens in erheblichen Teilen anders zu verhalten als er es tue, und anders mit seinen Beschwerden umzugehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung von höchstens 50 % bei einer somatoformen Störung mit gewisser depressiver Komorbidität; letztere erreiche aber eher nicht das Ausmass einer leichten depressiven Episode (S. 14 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Abschliessend stellte Dr. Q. folgende psychiatrische Diagnosen (S. 15 oben):

- somatoforme Störung (ICD-10: F45.4), komorbide depressive Komponente, eher nicht im Ausmass einer eigentlichen Major-Depression, somit zu codieren am ehesten als Dysthymie (ICD-10: F34.1)

- auffälliges, abnormes Krankheitsverhalten mit Regressivität beziehungsweise dysfunktionalem Überzeugungsmuster (mit Selbstlimitierung, im Sinne einer sogenannten Symptomausweitung), ohne eigenen Krankheitswert

- wahrscheinlich mindestens akzentuierte Charakterzüge, im Sinne von wenig Durchsetzungsfähigkeit, Aggressionshemmung und Neigung zu Somatisierung

3.11 Ä Ä Ä Dr. F. nannte in einem am 20. Juli 2007 ausgefüllten Zeugnisformular (Urk. 10/66 = Urk. 3/26) als Diagnose ein cerviko-cephales Syndrom (Ziff. 2) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Ziff. 1). In einem Zeugnis vom 28. August 2007 bestätigte er eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 6. September bis 28. Oktober 2004 und von 100 % vom 29. Oktober 2004 bis 19. Juli 2007 (Urk. 3/25).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Hinsichtlich der körperlichen Beschwerden stand und steht offensichtlich das übereinstimmend diagnostizierte zervikocephale (beziehungsweise gemäß Dr. I.: zervikovertebrale) Syndrom im Vordergrund, mithin Schmerzen im Nacken-/Schulterbereich. Daneben wurden vom Beschwerdeführer mannigfache weitere, je nach Untersucher unterschiedliche Beschwerden genannt.

4.2 Ä Ä Ä Im Februar 2004 wurde der Beschwerdeführer, nachdem er dem Psychologen vorgestellt worden war, zur Schmerztherapie weiter überwiesen. Die entsprechenden Abklärungen führten dann allerdings im Juli 2004 zum Schluss, das arbeitsbezogene relevante Problem sei nicht ein körperliches Defizit, sondern die Unzufriedenheit des Beschwerdeführers bezüglich der angestammten Arbeit. Kreisarzt Dr. D. äusserte sich im Juli 2004 zu einer allfälligen psychischen Komponente, Dr. E. berichtete im September 2004, der Beschwerdeführer wirke stimmungsmässig recht depressiv, und Dr. H. diagnostizierte ebenfalls im September 2004 einen Verdacht

auf psychogene Überlagerung, allenfalls eine Anpassungsstörung mit depressiver Komponente. Nach dem Absolvieren des Rehabilitationsprogramms im medizinischen Zentrum G. wurde im Oktober 2004 unter anderem eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Die Neuropsychologin Dr. K. erklärte schliesslich im März 2006, die festgestellte Reduktion des allgemeinen kognitiven Leistungsniveaus lasse sich, falls sich aus neurologischer Sicht kein weiterer Anhaltspunkt für ein organisches Korrelat ergebe, nur ausgehend von einer depressiven Überlagerung beziehungsweise einer massiven psychischen Dekompensation erklären.

Im O.-Gutachten wurden im Jahr 2006 aus psychiatrischer Sicht, wenn auch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, eine leichte depressive Episode und eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert. Laut interdisziplinärer Beurteilung durch die Fachleute der P. im Jahr 2007 wurden eine somatoforme Schmerzstörung mit komorbider depressiver Komponente sowie ein auffälliges abnormes Krankheitsverhalten (ohne Krankheitswert) diagnostiziert.

4.3 Mit Blick auf die rechtliche Würdigung spielt der Unterschied der im O.-Gutachten und der P.-Beurteilung genannten Diagnose keine entscheidende Rolle. So oder so handelt es sich, bei bestehenden Schmerzen ohne hinlänglich objektivierbare somatische Ursache, um ein Beschwerdebild, bei welchem nach Massgabe der zur somatoformen Schmerzstörung entwickelten Kriterien (vorstehend Erw. 1.4) zu beurteilen ist, ob eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit versicherungsrelevant ist (vgl. vorstehend Erw. 1.5).

4.4 Praxisgemäss kann ausnahmsweise die durch eine somatoforme Schmerzstörung verursachte Schmerzbelastung als nicht überwindbar und die aus ihr resultierende Arbeitsunfähigkeit deshalb als versicherungsrelevant erachtet werden, wenn eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer gegeben ist.

Dies ist vorliegend angesichts der gestellten psychiatrischen Diagnosen klarerweise nicht der Fall. Diagnostiziert wurde eine leichte depressive Episode (O.) beziehungsweise eine Dysthymie (Dr. Q., P.). Dabei fällt ins Gewicht, dass diese Diagnosen - bei allen allfälligen sonstigen Unterschieden - gerade darin übereinstimmen, dass sie eine ausgesprochen geringgradig ausgeprägte depressive Verstimmtheit anzeigen. Mithin sind (fehlende) Schwere und Ausprägung denkbar weit entfernt von der Intensität, welche eine relevante Komorbidität bejahen liesse.

4.5 Somit bleiben die praxisgemäss alternativ in Frage kommenden Kriterien in ihrer Gesamtheit zu prüfen. Dabei geht es, wie die entsprechende Formulierung im Leitentscheid sehr deutlich zeigt, nicht bloss darum, pro Kriterium im entweder-oder-Modus festzustellen, es sei erfüllt oder nicht erfüllt, und sodann die erfüllten Kriterien abzuzählen. Das zu prüfende Kriterienbündel ist keine Checkliste, sondern eine Hilfestellung, um die - wertende - Antwort auf die (Rechts-) Frage der Zumutbarkeit strukturiert zu beantworten.

Aus somatischer Sicht ist, nebst den somatoform zu deutenden Schmerzen im Nacken-/Schulter-Bereich, gerade keine begleitende Krankheit ersichtlich. Es erscheint deshalb als ausgesprochen fraglich, ob vorliegend von chronischen körperlichen Begleiterkrankungen gesprochen werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Analoges gilt für das Kriterium des langjährig, chronifizierten Krankheitsverlaufs, denn chronifiziert sind ausschliesslich die schon erwähnten Schmerzen, denen eine somatisch fassbare Ursache fehlt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ein gewisser sozialer Rückzug ist, folgt man den Schilderungen des Beschwerdeführers, gegeben. Allerdings ist dieser gemäss den einleuchtenden Darlegungen des Psychiaters Dr. Q.____ Ausdruck einer Regressivität und eines dysfunktionalen Überzeugungsmusters mit Selbstlimitierung, welche selber ohne Krankheitswert sind. Es ist daher fraglich, ob der so begründete soziale Rückzug verwertbare Anhaltspunkte für die Frage der Zumutbarkeit zu vermitteln vermag.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum Kriterium des therapeutischen Misserfolgs unter anderem trotz kooperativer Haltung der versicherten Person schliesslich sind die Angaben in verschiedenen medizinischen Berichten eindeutig: Bereits 2004 wurden eine ungenügende Leistungsbereitschaft, eine deutliche Selbstlimitierung und verschiedene, einzeln genannte, inkonsistente Verhaltensweisen festgehalten. Auch im Rahmen der O.____-Begutachtung wurden 2006 Differenzen zwischen dem effektiven Verhalten des Beschwerdeführers und den Resultaten der (weitgehend kooperationsabhängigen) neuropsychologischen Abklärungen festgehalten. Analoges gilt in noch detaillierter belegtem Mass für die 2007 während des stationären P.____-Aufenthalts gemachten Beobachtungen. Vor dem Hintergrund dieser übereinstimmenden Feststellungen ist das entsprechende Kriterium klar zu verneinen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst ergibt sich: Das Bestehen von - nebst der Schmerzproblematik - weiteren und chronifizierten Erkrankungen ist fraglich oder gar zu verneinen, therapeutische Misserfolge sind nicht trotz kooperativer Haltung des Beschwerdeführers eingetreten und zum berichteten sozialen Rückzug bestehen Fragezeichen. Würdigt man die genannten Kriterien in ihrer Gesamtheit, so ergibt sich ein Bild, welches die Annahme, eine aktive Bewältigung der Schmerzproblematik könne ausnahmsweise als unzumutbar gelten, klar ausschliesst.

4.6 Ä Ä Ä Ä Somit ist weder infolge erheblicher psychischer Komorbidität noch in Würdigung der dazu alternativen Kriterien die Annahme gerechtfertigt, eine Bewältigung der Schmerzproblematik sei unzumutbar. Dementsprechend ist eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Besteht demnach keine Invalidität im Rechtssinne, so hat die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Rentenanspruch verneint, so dass die angefochtene Verfügung zu bestreiten und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

4.7 Ä Ä Ä Ä Gegenstand der angefochtenen Verfügung war der (verneinte) Rentenanspruch. Da der Beschwerdeführer innert der für die Beschwerde gegen diese Verfügung laufenden Frist einen Antrag auf berufliche Massnahmen stellte (Urk. 10/67), stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, mit der Feststellung, dass keine invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, habe sie - wenn auch wohl nur sinngemäss - auch einen Anspruch auf berufliche Massnahmen verneint (Urk. 10/68). Der Beschwerdeführer allerdings erklärte sich mit einer solchen Ausdehnung des Streitgegenstands nicht einverstanden (Urk. 10/69).

Der Beschwerdegegnerin ist darin zuzustimmen, dass, wenn gar keine Invalidität im Rechtssinne festzustellen ist, auch ein Anspruch auf berufliche Massnahmen ausser Betracht fällt. Sie wird diesen Standpunkt in ihrem Entscheid über die beantragten beruflichen Massnahmen denn auch mit dem Hinweis auf das vorliegende Urteil untermauern können; um den Erlass der entsprechenden Verfügung kommt sie, so der Beschwerdeführer dies nach wie vor wünscht, allerdings nicht herum.

5. Die Verfahrenskosten sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer zu überbinden, infolge der bewilligten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

5.1 Die Verfahrenskosten sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer zu überbinden, infolge der bewilligten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

5.2 Mit Honorarnote vom 1. April 2009 (Urk. 17/2) machte die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers einen Aufwand von 12.75 Stunden plus Barauslagen von Fr. 132.--, entsprechend einem Gesamtbetrag von Fr. 2'885.85 (inklusive Mehrwertsteuer) geltend.

In diesem Umfang ist sie aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Katja Ziehe, KÄsnacht ZH, wird mit Fr. 2'885.85 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Katja Ziehe

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

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 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 des Beschwerdeführers oder seines

Vertreter 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.