

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00048 vom 29. Juli 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-07-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00048

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00048 du 29 juillet 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00048 del 29 luglio 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Verneinung eines Rentenanspruchs mit Verfügung vom 1. Dezember 2008 wurde von der IV-Stelle damit begründet, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Unfallfolgen eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Rahmen eines Beschäftigungsspensums von 100 % ausüben könne. Der Einkommensvergleich führe unter diesen Umständen zu einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 % (Urk. 2). An dieser Begründung hält die IV-Stelle im Beschwerdeverfahren fest (Urk. 9).

2.2. Der Beschwerdeführer stellt sich dagegen auf den Standpunkt, dass er bis 31. Dezember 2007 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe und ihm ab 1. Januar 2008 weiterhin eine Invalidenrente zustehe. Dabei macht er im wesentlichen geltend, dass er seit seinem Unfall an einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom mit Schmerzausstrahlung in beide Beine und als Reaktion auf die Schmerzsymptomatik an einer anhaltenden Depression leide. Anlässlich der Erstbeurteilung durch das Z. ___ sei ihm deshalb eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bescheinigt worden. Auf das zweite Z. ___-Gutachten vom 26. März 2008, in welchem ihm bei unverändertem Gesundheitszustand (in einer angepassten Tätigkeit) eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werde, könne nicht abgestellt werden, da dieses mit schweren Mängeln bezüglich der Abklärungsmethodik und der Schlussfolgerungen behaftet sei. So seien seine Beschwerden in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einfach übergegangen worden. Eine seriöse medizinische Abklärung bedinge, dass nach entsprechender körperlicher Belastung konkret die von ihm geäußerten Beschwerden untersucht würden. Auch seien die Auswirkungen der Medikamenteneinnahme und der Schlafstörungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit mitzuberücksichtigen. Die Feststellung einer augenfälligen Verdeutlichungstendenz oder gar einer Simulation der Leiden im Z. ___-Gutachten vom 26. März 2008 sei völlig unbegründet. Vielmehr überzeuge er seine miserable psychische und physische Verfassung mit seiner positiven Lebenseinstellung, die er aus seiner tiefen Gläubigkeit schöpfe. Auch habe er den Gutachtern gegenüber nur gesagt, dass er sich in seinem aktuellen Tagesablauf, bestehend aus Hilfeleistungen im Haushalt und Betreuung der Grosskinder, nicht eingeschränkt sehe. Unter diesen Gegebenheiten habe er keine Depressionen gehabt. Dies bedeute noch lange nicht, dass er bei einer unter Schmerzen kaum zu bewältigenden 100%igen Berufstätigkeit nicht eingeschränkt sei. Zudem ergebe sich aus dem ausführlichen psychiatrischen Bericht von Dr. B. ___ vom 26. Januar 2009, dass sehr wohl ein erheblicher psychischer Leidensdruck bestehe, welcher möglicherweise zeitweise eine Erleichterung erfahren habe. Dies sei den Z. ___-Gutachtern in ihrer

Momentaufnahme des Gesundheitszustandes entgangen. Nichtsdestotrotz ergebe sich aus dem zweiten Z. ___ -Gutachten, dass die von ihm bestrittene Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes nach Auffassung der Gutachter zeitlich ab dem Untersuchungszeitpunkt, dem 10. Dezember 2007, gelte. Folglich habe die vollständige Arbeitsunfähigkeit gemäss dem Erstgutachten des Z. ___ bis zu diesem Zeitpunkt G ltigkeit gehabt. Die IV-Stelle habe übersehen, dass ihm somit mangels eines zumutbaren Invalideneinkommens ab Beginn des Rentenanspruchs eine vollständige Invalidenrente zustehe, und zwar jedenfalls bis 31. Dezember 2007. Da der Hausarzt auch später noch im Einklang mit dem Erstgutachten von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten ausgegangen sei, und im zweiten Gutachten vom 26. März 2008 von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten ausgegangen werde, längen zwei fundamental divergierende ärztliche Beurteilungen des medizinischen Sachverhalts vor. Dies lasse einzig den Schluss zu, dass die Beschwerden weder eine absolute Arbeitsunfähigkeit noch eine vollständige Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten, sondern dass die Beeinträchtigung zwischen diesen beiden Polen liegen müsse. Bei dieser Sachlage bestehe weiterer Abklärungsbedarf im Sinne einer polydisziplinären Begutachtung durch eine unabhängige Institution. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sei zu Unrecht auf die Vornahme eines leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn in maximaler Höhe von 20-25 % verzichtet worden (Urk. 1, Urk. 18).

3.            

3.1       Laut Austrittsbericht der C. ___ vom 27. Februar 2003 über die stationäre Rehabilitation des Beschwerdeführers vom 16. Dezember 2002 bis zum 5. Februar 2003 wurde die am 5. August 2002 erlittene traumatische Kompressionsfraktur im Bereich LWK 1 und LWK 3 zunächst konservativ behandelt (vgl. auch die Berichte des H. ___ vom 26. August 2002 [Urk. 11/7 S. 33] sowie von Dr. med. D. ___ vom 15. November 2002 [Urk. 11/7 S. 30]). Bei Klinikaustritt bestanden im Wesentlichen unveränderte Befunde im Sinne eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms ohne Seitenpr dilektion und ohne Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik bei Haltungsinsuffizienz (thorako-lumbaler Flachr cken, S-förmige Wirbels ulenskoliose). Weiter diagnostizierten die Ärzte eine seit dem Unfall vom 5. August 2002 bestehende PHS tendinotica rechts mit Endphasenschmerz bei der Abduktion und Elevation subacromial. Konventionell radiologisch zeigten sich konsolidierte LWK 1- und LWK 3-Kompressionsfrakturen mit einem erheblichen Nachkyphosierungswinkel von 23 . Aktuell bestehe eine verminderte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule. Das Heben und Tragen auch von leichtesten Gewichten bis 5 kg speziell wiederholt oder über Taillenh he sowie das Ausführen von Tätigkeiten mit Zwangspositionen des Rumpfes und in kniender oder kauender Position sei beschwerlich und eingeschränkt. Aufgrund der Unfallfolgen sei zweifelhaft, ob eine berufliche Wiedereingliederung im Bauwesen möglich sei. Für die bisherige Tätigkeit bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ein Fallabschluss sei noch verfrüht (Urk. 11/8).

              Dr. med. E. ___, Facharzt für Chirurgie, untersuchte den Beschwerdeführer am 28. Mai 2003 für den Unfallversicherer und kam zum Schluss, dass sich inzwischen ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom entwickelt habe. Anlässlich der Untersuchung sei der Eindruck einer Überbewertung der Beschwerden durch den Beschwerdeführer entstanden. Hinsichtlich des beruflichen

Zumutbarkeitsprofils schliesse er sich der Einschätzung der Ärzte der C.____ an (Urk. 11/15 S. 4; vgl. auch Urk. 11/18 S. 6 f.).

3.2 Am 20. Juni 2005 wurde der Beschwerdeführer im Z.____ interdisziplinär (internistisch, rheumatologisch sowie psychiatrisch) gutachterlich untersucht. Dabei klagte er über dauernd vorhandene Rückenschmerzen mit zwei Schmerzpunkten im Bereich des thorakolumbalen Übergangs und tieflumbal. Die Rückenschmerzen würden sich bei Bewegung und Belastung akzentuieren und dann, etwa nach einer halben Stunde Laufen, zusammen mit Missempfindungen und Schmerzen über dem ventralen Oberschenkel und manchmal auch über dem Unterschenkel bis in die Ferse aufzutreten. Deshalb sei die Sitz- und Gehdauer massiv eingeschränkt, und es beständen schmerzbedingte Durchschlafstörungen. Die rheumatologische Untersuchung ergab - bei fehlenden Zeichen für eine Aggravation - eine umschriebene Druckdolenz im Bereich der ehemaligen Frakturen mit leichtem paravertebalem muskulärem Hartspann sowie mit entsprechend eingeschränkter Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule. Neurologisch fanden sich keine Defizite, und die radiologische Untersuchung ergab einen im Vergleich zu den Voruntersuchungen unveränderten Befund mit einer in kyphotischer Fehlstellung verheilten LWK1-Kompressionsfraktur sowie einer geringen Keildeformität des LWK3 mit jeweiliger Bildung von ossären Reaktionen im Sinne ventraler Spondylosen. Gemäss Beurteilung der Gutachter waren die Beschwerden als chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit belastungsakzentuierter Ausstrahlung in beide Beine, vorwiegend in die ventralen Oberschenkel, zu interpretieren und erinnerten anamnestisch an eine Claudicatio-spinalis-Symptomatik. Aus rheumatologischer Sicht sei eine stationäre Rehabilitation mit Optimierung der analgetischen Medikation sowie eine MRI-Untersuchung und Beurteilung des Spinalkanals zum Ausschluss eines intraspinalen Prozesses als Ursache der claudicatioähnlichen Beschwerden zu empfehlen. Die psychiatrische Untersuchung ergab, dass der Beschwerdeführer durch die Schmerzsymptomatik, den damit verbundenen Stellenverlust und die Arbeitslosigkeit mit materiellen Sorgen deutlich belastet war und sich deshalb eine leichte bis mittelgradige depressive Episode entwickelt hatte. Aufgrund der rheumatologischen Korrelate für die angegebenen Schmerzen konnte die psychiatrische Gutachterin das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung ausschliessen. Vorübergehend habe wohl eine posttraumatische Belastungsstörung bestanden, welche inzwischen ausgeheilt sei. Zur Verhinderung einer Verschlechterung der psychischen Symptomatik sei eine psychopharmakologische antidepressive Therapie indiziert. Abschliessend kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aktuell aufgrund der posttraumatischen Veränderungen der Wirbelsäule in sämtlichen Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig sei. Aufgrund der psychischen Komorbidität bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % in behinderungsangepassten Tätigkeiten. Die residuelle PHS rechts nach Distorsion am 5. August 2002 habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Eine Besserung des Gesundheitszustandes durch die empfohlenen weiteren Therapiemassnahmen sei noch möglich (Urk. 11/38 S. 22 ff.).

3.3 Am 21. September bis 12. Oktober 2005 war der Beschwerdeführer in der A.____ hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 19. Oktober 2005 ist zu entnehmen, dass die Durchführung insbesondere der aktiven Therapien schwierig war, da sich der Beschwerdeführer teilweise kaum auf die Therapien eingelassen beziehungsweise zu vermehrter Aktivität habe motivieren lassen. Laut den Ärzten der A.____ war er stark auf

seine Schmerzen fixiert, welche im Lendenwirbelsäulenbereich bei Austritt weitgehend unverändert fortbestanden. Er habe Angst vor Bewegung, bewege sich sehr steif und sei in einem dekonditionierten Zustand. Die am 26. September 2005 durchgeführte MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule habe keine Spinalkanalstenose gezeigt. Auf den Bildern sei eine degenerative Diskopathie Th11-L5 mit mässig ausgeprägten Spondylarthrosen mit Zeichen der Aktivierung rechtsbetont sichtbar geworden. Für eine mögliche L5-Wurzelirritation fand sich indes klinisch kein Korrelat. Im Rahmen eines psychologischen Konsiliums vom 10. Oktober 2005 konnte das Vorliegen einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode bestätigt werden, zusätzlich wurden somatoforme Komponenten im Erleben des Beschwerdeführers zur Diskussion gestellt. Abschliessend hielten die Ärzte fest, Ziel der weiteren therapeutischen Massnahmen müsse sein, dem Beschwerdeführer beizubringen, dass durch ein normales Bewegungsverhalten und durch eine muskuläre Kräftigung am ehesten eine Schmerzreduktion erreicht werden könne (Urk. 11/39 S. 10 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einer ärztlichen Beurteilung vom 3. November 2006 nahm Dr. med. F. ____, Facharzt für Chirurgie, für den Unfallversicherer zu den medizinischen Akten Stellung und hielt fest, dass er mit der rheumatologischen Beurteilung im Z. __-Gutachten vom 10. August 2005 nicht einverstanden sei. Die in den Akten beschriebenen klinischen und radiologischen Befunde seien objektiv nicht schwerwiegend und würden aus somatischer Sicht eine volle Erwerbsunfähigkeit nicht erklären. Die Beurteilung der Z. __-Gutachter könne nur für die Situation anlässlich ihrer Untersuchung Gültigkeit haben. Inzwischen habe die von den Gutachtern empfohlene stationäre Rehabilitation stattgefunden, subjektiv ohne Besserung der Rückenbeschwerden. Neurologische Ausfälle hätten nie bestanden. Die MRI-Abklärung vom 26. September 2005 habe auch keinen Hinweis auf eine Spinalkanalstenose ergeben. Seines Erachtens stehe die psychiatrisch-psychosomatische Problematik im Vordergrund. Aus somatischer Sicht seien keine Gründe ersichtlich, weshalb dem Beschwerdeführer leichte wechselbelastende Tätigkeiten (Gewichte bis 5 kg) nicht weiterhin zumutbar sein sollten, theoretisch sogar ganztags mit uneingeschränkter Leistung (Urk. 11/46 S.2 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Verlaufsbericht des Hausarztes Dr. med. G. ____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 6. Februar 2007 litt der Beschwerdeführer unverändert unter einem therapieresistenten chronischen Lumbovertebralsyndrom. Zusätzlich hätten sich noch Depressionen und Schlafstörungen entwickelt, diesbezüglich bestehe ein Teufelskreis. Er sei weiterhin vollständig arbeitsunfähig für sämtliche Tätigkeiten (Urk. 11/48 S. 5).

3.4 Ä Ä Ä Ä Am 6. und 10. Dezember 2007 wurde der Beschwerdeführer im Z. __ erneut interdisziplinär (internistisch, rheumatologisch-orthopädisch sowie psychiatrisch) begutachtet, allerdings nicht durch die selben Gutachter wie bei der Erstbegutachtung. Im Vordergrund standen für ihn - bei insgesamt unverändertem Beschwerdebild - eine subjektive Schwäche im Bereich der Lendenwirbelsäule. Weiter beeinträchtigte ihn ein rund um die Uhr bestehender tiefsitzender Rückenschmerz, eine eingeschränkte Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit vorwiegend bei Beugung und Streckung sowie das Gefühl eines Muskelkrampfes im gesamten rechten Bein nach 30 Minuten Gehen. Er gab an, dass er Gewichte höchstens bis 5 kg heben könne. Bei schwereren Gewichten komme es zu einer Schmerzzunahme. Gesamthaft habe er den

Eindruck, dass die eingenommene Medikamentenkombination hilfreich gegen die Schmerzen sei. Allerdings konnte er sich aufgrund der Schmerzen nicht vorstellen, auch nur die geringfügigste körperliche Arbeitsleistung zu erbringen. Die rheumatologisch-orthopädische Untersuchung ergab eine von auffälliger Gegeninnervation und Selbstlimitierung begleitete eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule. Die dabei geäußerten Schmerzen waren nach Ansicht des rheumatologisch-orthopädischen Gutachters teilweise inkonsistent, wobei das angegebene Schmerzmaximum im Bereich LWK4/5 und sakral lag. Die paravertebrale Rückenstreckmuskulatur wies in der klinischen Untersuchung keine Verspannungen oder Myogelosen auf, jedoch bestanden Anzeichen einer Dekonditionierung thorakal bei regelrechter Ausprägung lumbal. Die periphere Motorik, Sensibilität und Durchblutung war regelrecht, wobei der Beschwerdeführer bei Überprufung des Zehen- und Fersenganges aus Sicht des rheumatologisch-orthopädischen Gutachters ein auffällig selbstlimitierendes Verhalten zeigte. Ausserdem habe er bei endgradiger Rotation des Kopfes nach beiden Seiten lumbale Schmerzen angegeben, was medizinisch nicht plausibel sei. Diese Inkonsistenzen legten nach Ansicht der Gutachter eine Verdeutlichungstendenz nahe. Die Bildgebung ergab eine ventrale Achsenknickfehlstellung einer gibbusartig knöchern konsolidierten LWK1-Fraktur mit ventraler Höhenminderung, die im Segment BWK12/LWK1 eine deutlich verminderte Beweglichkeit vor allem bei Inklination und Reklination der Wirbelsäule nahelegte. Zusätzlich zeigte sich konventionell radiologisch eine diskrete ventrale sowie rechtslaterale Höhenminderung im Bereich des dritten Lendenwirbelkörpers. Der rheumatologisch-orthopädische Gutachter wies auf den Umstand hin, dass die Schmerzangaben des Beschwerdeführers im Bereich der terminalen Lendenwirbelsäule nicht dem pathomorphologischen Korrelat nach dem Unfallereignis entsprechen würden, da sich dieses aufgrund der bildgebenden Befunde im Bereich des thorakolumbalen Überganges befinde. Dort hätten sich lediglich geringe Beschwerden auslösen lassen. Die im Vorgutachten geäußerte Verdachtsdiagnose einer Claudicatio spinalis könne heute nicht mehr bestätigt werden. Die geschilderten Schmerzen in den Beinen könnten nämlich keinem Dermatome zugeordnet werden, und die Nervenwurzeldehnungstests seien bei intaktem sensomotorischem Status peripher unauffällig gewesen. Die psychiatrische Gutachterin fand anlässlich ihrer Untersuchung weder Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, noch solche einer affektiven Störung im Sinne einer depressiven Episode, einer Anpassungsstörung, einer Dysthymia oder einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Auch konnte sie keinen psychischen Leidensdruck feststellen. Der Beschwerdeführer habe sich ihr gegenüber nämlich als "glücklichen Menschen" bezeichnet, das Bestehen depressiver Gefühle und die Notwendigkeit einer Psychotherapie verneint und über einen gut gestalteten Alltag im Kreise seiner Familie berichtet. Aktuell habe er keine finanziellen Sorgen, er erhalte Unfalltagelder im Betrag von Fr. 5'000.-- pro Monat. Mangels Anhaltspunkten für eine psychische Störung sei der Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig. Insofern sei seit der letzten Begutachtung offensichtlich eine Verbesserung des psychischen Zustandes eingetreten. Aus polydisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass in der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Betonschaler keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Für eine angepasste, körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitives Heben mittelschwerer bis schwerer Lasten bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Diese gelte, abgesehen von den therapiebedingten

Arbeitsunfähigkeitzeiten, seit jeher. Die Diskrepanz dieser Einschätzung zur bescheinigten vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Z. ___-Gutachten vom 10. August 2005 aus rheumatologisch-orthopädischer Warte sei aus heutiger Sicht nicht mehr nachzuvollziehen und wohl dadurch zu erklären, dass damals noch nicht sämtliche Therapieoptionen ausgeschöpft zu sein schienen, weshalb die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eher aus therapeutischer Sicht erfolgt sein dürfte. Die intermittierende Impingement-Symptomatik der rechten Schulter bei Status nach Distorsion der rechten Schulter am 5. August 2002 und fehlendem Nachweis degenerativer Veränderungen sei ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/55).

3.5. Am 26. Januar 2009 verfasste Dr. B. ___ einen ausführlichen psychiatrischen Bericht. Daraus ergibt sich, dass der Beschwerdeführer aufgrund der ihm von der SUVA zugesprochenen Rente von nur 36 % finanzielle Probleme hatte und ratlos bezüglich der Frage war, wie er die ihm zugemutete Restarbeitsfähigkeit erwerblich verwerten konnte, da er bisher immer im gleichen Beruf gearbeitet hatte. Er sei der Meinung, dass aller "Stress" von seinem schwachen Rücken stamme, und dass er sich nach dem Unfall verändert habe. Nach Einschätzung von Dr. B. ___ wirkte der Beschwerdeführer im Rahmen der Untersuchung vordergründig nicht depressiv, aber spürbar unsicher, hilflos und verzweifelt. Fast nichts erinnere an die Beschreibung des Beschwerdeführers im Z. ___-Gutachten vom 26. März 2008. Es sei davon auszugehen, dass er den Schock nach seinem Unfall, welcher ihm vor Augen gefährt habe, wie einseitig seine Begabungen im handwerklichen Bereich seien und wie sehr er auf seine körperliche Gesundheit angewiesen sei, noch nicht ausreichend verarbeitet habe. Aufgrund der finanziellen Unterstützung durch die Unfallversicherung habe diese emotionale Belastung nach einer gewissen Zeit wieder etwas abgenommen. Nach der Herabsetzung der Unfallversicherungsleistungen im Anschluss an die Z. ___-Begutachtung, wo man ihm eine Arbeitsunfähigkeit von nur noch 36 % attestiert und er anstatt über die bis anhin bezogenen Taggelder von Fr. 5'000.-- bloss noch über Fr. 2'000.-- verfüge, habe der Beschwerdeführer persönllichkeitsbedingt nicht mehr über ausreichende emotionale Ressourcen in der anstehenden Bewährungssituation verfügt. Möglicherweise habe bereits vor den Unfällen eine Persönlichkeitsstörung bestanden, vielleicht habe sich nach dem Unfall aber auch eine andauernde Persönlichkeitsveränderung entwickelt. Seiner Einschätzung nach wäre der Druck einer erneuten Arbeitstätigkeit für den Beschwerdeführer aufgrund fehlender emotionaler Ressourcen zu gross. Seit er damit konfrontiert worden sei, wieder seinen Lebensunterhalt bestreiten zu müssen, würden die Schmerzen wieder sein Erleben prägen. Er vermöge diese nicht zu überwinden. Das wirksamste Mittel, die emotionale Gesundheit des Beschwerdeführers zu bewahren, sei deshalb die Befreiung vom Druck, arbeiten zu müssen, und die vollständige Berentung (Urk. 5).

E. 4

4.1. Der Ansicht des Beschwerdeführers, dass die beiden Z. ___-Gutachten vom 10. August 2005 beziehungsweise vom 26. März 2008 in einem unauflösbaren Widerspruch zueinander ständen, kann nicht beigelegt werden. Anlässlich der Erstbegutachtung vom 10. August 2005 waren noch nicht alle Abklärungs- und Behandlungsoptionen erschöpft. Die Gutachter stellten damals weitgehend auf die als glaubwürdig eingestuften subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ab und vermuteten, dass die claudicatioähnlichen Beschwerden mit den angegebenen

Missempfindungen und Schmerzen hauptsächlich über dem ventralen Oberschenkel möglicherweise auf einen intraspinalen Prozess zurückzuführen seien, da sich durch die standardmässig durchgeführten klinischen Tests keine neurologischen Defizite hatten objektivieren lassen. Die anschliessend erstmals durchgeführte MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 26. September 2005 zeigte indes keine signifikanten Befunde, welche die Beschwerden in den Beinen hätten erklären können. Eine Spinalkanalstenose konnte nicht festgestellt werden, und für eine aufgrund der Bildgebung mögliche L5-Wurzelirritation fanden sowohl die Ärzte der A. ___ als auch die Z. ___-Gutachter anlässlich der Zweitbegutachtung kein klinisches Korrelat. Anlässlich der mehrwöchigen Hospitalisation in der A. ___ wurde ferner ein problematischer passiver und ängstlicher Umgang des Beschwerdeführers mit seinen Rückenbeschwerden beobachtet. Aufgrund dieser neuen medizinischen Erkenntnisse erschienen die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden - welche entgegen seiner Meinung von den Gutachtern berücksichtigt wurden - in einem neuen Licht.

Es ist nachvollziehbar, dass im Gutachten vom 26. März 2008 angesichts der vom Beschwerdeführer weiterhin gezeigten Einschränkungen nunmehr von Inkonsistenzen, selbstlimitierendem Verhalten beziehungsweise einer Verdeutlichungstendenz die Rede ist, nachdem sich die im Vorgutachten geäusserte Verdachtsdiagnose einer Claudicatio spinalis trotz umfassender klinischer und apparativer Untersuchungen nicht bestätigen liess, die geschilderten Schmerzen in den Beinen keinem Dermatome zugeordnet werden konnten, die Nervenwurzeldehnungstests bei intaktem sensomotorischem Status unauffällig waren und auch keine muskulären Verspannungen über der Wirbelsäule festgestellt werden konnten (vgl. Urk. 11/55 S. 21 f.). Im Übrigen sind die Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers nicht einzig anlässlich der zweiten Z. ___-Begutachtung aufgefallen; bereits Dr. E. ___ hatte anlässlich seiner Untersuchung vom 28. Mai 2003 den Eindruck einer Überbewertung der Beschwerden durch den Beschwerdeführer gehabt (Urk. 11/15 S. 4 ff.). Darauf hinzuweisen ist zudem, dass die von den Z. ___-Gutachtern verwendeten Fachbegriffe "selbstlimitierendes Verhalten" beziehungsweise "Verdeutlichungstendenz" nicht unbedingt mit einer Simulation gleichzusetzen sind. Aus den Angaben des Beschwerdeführers ergibt sich des Weiteren, dass die eingenommenen Medikamente hilfreich gegen die Schmerzen waren. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Gutachter aus somatischer Sicht hauptsächlich gestützt auf die bildgebend nachgewiesenen posttraumatischen Befunde auf eine zumutbare 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit schlossen.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, eine seriöse medizinische Abklärung bedinge, dass nach entsprechender körperlicher Belastung konkret die von ihm geäusserten Beschwerden untersucht würden, ist ihm zu entgegen, dass eine interdisziplinäre Begutachtung an sich schon eine besonders ausführliche und deshalb in der Regel beweiskräftige Untersuchungsform darstellt. Zudem lagen den Gutachtern umfangreiche medizinische Vorakten vor, insbesondere auch die Berichte der Rehakliniken C. ___ und A. ___, wo der Beschwerdeführer über mehrere Wochen beobachtet worden war. Im Übrigen entspricht es allgemeiner Erfahrung, dass ausführliche Belastbarkeitstests bei Personen mit der Tendenz zur Selbstlimitierung kaum brauchbare Resultate bringen. Massgeblich ist auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts nämlich, was die versicherte Person unter Berücksichtigung

ihres Gesundheitsschadens aus objektiver Sicht zumutbarerweise zu leisten in der Lage ist (Art. 6 und 7 ATSG), wobei bei selbstlimitierendem Verhalten eine medizinisch-theoretische Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit notwendig wird, sofern dieses Verhalten nicht seinerseits auf einen (psychischen) Gesundheitsschaden zurückzuführen ist. Es kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass das von den Z.___-Gutachtern im Gutachten vom 26. März 2008 formulierte körperliche Belastbarkeitsprofil vom Beschwerdeführer auch unter Berücksichtigung der von ihm geklagten Beschwerden nach 20-30 Minuten Gehzeit gemeistert werden kann. Sodann ergeben sich aus den Akten auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die Auswirkungen der Medikamenteneinnahme und der behaupteten Schlafstörungen einen wesentlichen, von den Gutachtern nicht berücksichtigten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben.

Wird berücksichtigt, dass bereits die Ärzte der C.___, Dr. E.___ sowie Dr. F.___ in ihren Berichten vom 27. Februar 2003 (Urk. 11/8), 28. Mai 2003 (Urk. 11/15 S. 4 ff.) sowie 30. November 2006 (Urk. 11/46 S. 2 ff.) von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausgingen, so ist auch die Schlussfolgerung im Z.___-Gutachten vom 26. März 2008, dass die 100%ige Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht mit dem formulierten Belastbarkeitsprofil abgesehen von den therapiebedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten seit jeher gelte, nicht zu beanstanden. Da die therapeutischen Abwesenheiten ein Jahr nach dem Unfall - nach Abschluss der unfallunmittelbaren Hospitalisation und Therapien und der stationären Rehabilitation in der C.___ - nur noch unwesentlich waren, ist davon auszugehen, dass die im Z.___-Gutachten unter Berücksichtigung der körperlichen Beschwerden attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten jedenfalls ab August 2003, bei Ablauf der Wartezeit (vorstehend Erw. 1. 5.1), Gältigkeit hatte.

4.2 Die psychiatrische Z.___-Gutachterin konstatierte gestützt auf ihre Untersuchung und die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers keine wesentliche psychopathologische Symptomatik, so dass im Gutachten vom 26. März 2008 keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Da auch Dr. B.___ in seinem Bericht vom 26. Januar 2009 keine Depression und das Krankheitsbild des Beschwerdeführers keiner eindeutigen psychiatrischen Diagnose nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-Kapitel V [F]) zuordnen, sondern lediglich mögliche Diagnosen diskutierte, ist erstellt, dass die in früheren Arztberichten erwähnten krankheitswertigen psychischen Probleme in der Zwischenzeit zurückgegangen sind. Ob der Beschwerdeführer seine schlechte psychische Verfassung mit seiner positiven Lebenseinstellung überspielt, wie von seinem Rechtsvertreter geltend gemacht wird, ist unter diesen Umständen irrelevant, da davon auszugehen ist, dass die erwähnten psychiatrischen Fachärzte ein solches Verhalten erkennen konnten und dementsprechend in ihren Diagnosen berücksichtigt haben. Die Ausführungen des Psychiaters Dr. B.___ in seinem Bericht vom 26. Januar 2009 zu den psychischen Problemen des Beschwerdeführers - Sorgen wegen finanziellen Problemen und Ratlosigkeit, wie er die ihm zugemutete Restarbeitsfähigkeit bei einseitigen Begabungen erwerblich verwerten kann - sind sodann grundsätzlich nachvollziehbar, aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht aber nicht relevant. Es handelt sich dabei nämlich um durchaus übliche Sorgen und psychosoziale Probleme nach einem einschneidenden (Unfall-)Ereignis, welchen für sich allein noch kein Krankheitswert zukommt und welche mit einer zumutbaren Willensanstrengung keine Arbeitsunfähigkeit bewirken. Ferner hat die

Invalidenversicherung für invaliditätsfremde Faktoren wie eine mangelnde berufliche Ausbildung, welche möglicherweise die Stellensuche erschwert, nicht einzustehen. Es ist einleuchtend, dass der Beschwerdeführer eine Erleichterung von seinen finanziellen Sorgen erfahren würde, wenn ihm eine ganze oder jedenfalls höhere Rente zugesprochen würde. Allerdings kann ihm aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht ein aktiver Umgang mit seinen Beschwerden und die Aufnahme einer angepassten, seiner körperlichen Belastbarkeit entsprechenden Arbeit zugemutet werden. Dem Bericht von Dr. B. sind keine nachvollziehbaren Gründe zu entnehmen, welche einer Arbeitsaufnahme in einem leidensangepassten Rahmen entgegenstehen würden. Deshalb ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer, wie im Z.-Gutachten vom 26. März 2008 festgehalten, aus psychischen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist.

Im ersten Z.-Gutachten vom 10. August 2005 sowie im Bericht der A. vom 19. Oktober 2005 war eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden, welche damit erklärt wurde, dass der Beschwerdeführer durch die Schmerzsymptomatik, seinen Stellenverlust mit Arbeitslosigkeit und materielle Sorgen deutlich belastet war. Die psychiatrische Z.-Gutachterin attestierte ihm deswegen eine Arbeitsunfähigkeit von 30-40 % für sämtliche Tätigkeiten und verordnete eine antidepressive Therapie (Urk. 11/38 S. 33 f., Urk. 11/39 S. 10 und 15). Anlässlich der zweiten Z.-Begutachtung vom 26. März 2008 gab der Beschwerdeführer an, sich nach dem Unfall kurze Zeit depressiv gefühlt zu haben, da er habe Schulden machen müssen, nun aber nicht mehr depressiv zu sein, da die Schulden inzwischen abbezahlt seien und er auch sonst wegen der Unfalltaggelder im Betrag von Fr. 5'000.-- pro Monat keine finanziellen Sorgen habe. Weiter führte er aus, nach dem Aufenthalt in der A. sei er rund vier bis fünf Mal zur Psychotherapeutin lic. phil. H. gegangen, dann habe es nichts mehr zu besprechen gegeben und er habe zu Hause mit seiner Frau reden können, das genüge ihm bis heute (Urk. 11/55 S. 23; vgl. auch Urk. 11/43 S. 6, Urk. 11/46 S. 20). Daraus ergibt sich, dass die diagnostizierte depressive Episode nur kurze Zeit dauerte. Auch ist aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers davon auszugehen, dass ihr hauptsächlich psychosoziale Faktoren wie finanzielle Sorgen zugrunde lagen, welche bei Aufbietung allen guten Willens keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit bewirken sollten (vorstehend Erw. 1.3). Es ist deshalb davon auszugehen, dass die kurze depressive Phase keinen invalidisierenden, rentenrelevanten Charakter hatte.

4.3 Abschliessend steht aufgrund der medizinischen Akten fest, dass der Beschwerdeführer nach Ablauf der Wartezeit am 5. August 2003 auch aus psychischer Sicht in einer leidensangepassten körperlich leichten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig war. Die divergierende Einschätzung des Hausarztes Dr. G., der aufgrund von Schmerzen, Depressionen und Schlafstörungen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für sämtliche Tätigkeiten ausging (Urk. 11/48 S. 5), ist dagegen aus invalidenversicherungsrechtlicher Optik nicht nachvollziehbar. Dr. G. konnte seine Einschätzung nämlich nicht mit objektiven Befunden unterlegen und stellte hauptsächlich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ab.

5. Der Unfallversicherer ging zur Ermittlung des Invaliditätsgrades gestützt auf die Angaben des Arbeitgebers von einem hypothetischen Valideneinkommen

von Fr. 80'530.-- aus, welches der Beschwerdeführer von Juni 2007 bis Mai 2008 als Gesunder verdient hätte, was unbestritten blieb. Das zumutbare hypothetische Invalideneinkommen von Fr. 51'730.-- ermittelte er durch Heranziehen von Löhnen aus der sogenannten DAP (Dokumentation von Arbeitsplätzen; vgl. dazu BGE 129 V 478 ff. Erw. 4.2.2) und trug dabei dem ärztlichen Zumutbarkeitsprofil gemäss Z.____-Gutachten vom 26. März 2008 vollumfänglich Rechnung (Urk. 11/62, Urk. 11/67 S. 6 f.). Wie ebenfalls im Parallelverfahren UV.2008.00386 festgestellt worden ist, ist diese Invaliditätsbemessung, welche zu einem Invaliditätsgrad von 36 % führt, nicht zu beanstanden. Die IV-Stelle stellte auf diesen Einkommensvergleich des Unfallversicherers ab (Urk. 2; vgl. auch Urk. 11/68 S. 7), was nach höchststrichterlicher Rechtsprechung zulässig ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts in Sachen J. vom 8. Mai 2009, 8C_652/2008, Erw. 5.2, sowie in Sachen B. vom 7. Mai 2007, I 907/06, Erw. 3.2.2). Bei der Heranziehung von DAP-Profilen zur Ermittlung des Invalideneinkommens sind im Gegensatz zur Festsetzung des Invalideneinkommens gestützt auf LSE-Löhne Abzüge vom Durchschnittswert unzulässig (Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 6. Mai 2008, 8C_319/2007, Erw. 8.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit hat es beim ermittelten rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 36 % sein bewenden, und die Beschwerde ist abzuweisen.

6.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

6.1Ä Ä Ä Ä Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- gehen ausgangsgemäss zulasten des unterliegenden Beschwerdeführers. Zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind diese einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

6.2Ä Ä Ä Ä Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Georg Sutter, stellt in seiner Honorarnote vom 15. Juli 2010 (Urk. 25) einen Zeitaufwand von 17,5 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 140.25 in Rechnung. Was den Zeitaufwand betrifft, ist dieser insoweit nicht korrekt, als der Rechtsvertreter in seinem Leistungsverzeichnis (Urk. 26 Blatt 4) zwar zu Recht einen Minderaufwand von 4 Stunden wegen Vorkenntnisse aus dem UV-Verfahren auführt - seine Beschwerdeschrift besteht zu einem Drittel aus dem aus der Eingabe im UV-Prozess UV.2008.00386 übertragenen Text -, diesen Betrag in der Rechnung im IV-Verfahren jedoch nicht subtrahiert, sondern addiert. Unter Berücksichtigung der aufgeführten Hälfte des gemeinsamen Aufwandes für die beiden Verfahren von 3,69 Stunden resultiert ein der Sache angemessener Zeitaufwand von 9,67 Stunden (9,98 + 3,69 /. 4). Daraus ergibt sich eine Entschädigung von Fr. 2'231.90 (inklusive Mehrwertsteuer).

Das Gericht erkennt:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Georg Sutter, Winterthur, wird mit Fr. 2'231.90 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Georg Sutter
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung 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 Vertreters 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.