

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00810 vom 9. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00810](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00810)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00810 du 9 novembre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00810 del 9 novembre 2011

## Erwägungen

### E. 3

3.1. Dem ursprünglichen leistungsverneinenden Einspracheentscheid vom 9. März 2007 (Urk. 8/71) lagen folgende Arztberichte zugrunde (vgl. Urk. 8/81 S. 5 E. 3.1 ff.):

3.2. Vom 31. Januar bis 28. Februar 2001 hielt sich der Beschwerdeführer ein erstes Mal zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik B. auf. Im Austrittsbericht vom 14. März 2001 wurden folgende Diagnosen genannt (Urk. 8/21/91):

- Myotendinosen im Halswirbelsäulen- und Nackenbereich mehr als im Schultergürtel und Rücken mit
- chronischem Spannungskopfschmerz beidseits und Wärmegefühl in der Stirn
- vor allem hypochondrischer Entwicklung und Somatisierungsstörung
- Generalisierungstendenz der Weichteilproblematik

Der Beschwerdeführer weise weder sensomotorische Defizite noch eine Brachialgie oder relevante Schwindelsymptomatik auf. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht (Urk. 8/21/91 unten).

Vom 12. Dezember 2001 bis 23. Januar 2002 hielt sich der Beschwerdeführer ein weiteres Mal stationär in der Rehaklinik B. auf. Im Austrittsbericht vom 24. Januar 2002 (Urk. 8/21/60-68) nannten die Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 8/21/60-61):

- chronischer Spannungskopfschmerz mit
- Myotendinosen und starken Ansatzdendinosen an der Linea nuchae
- Hypochondrie und Somatisierung
- Status nach Metakarpale IV-Fraktur rechts im Juli 2001 mit
- geringen Belastungsschmerzen
- ohne Dystrophiezeichen
- ohne Bewegungseinschränkung der Gelenke
- psychiatrische Diagnose: verstärkte Chronifizierungszeichen

In allen Therapien sei die hypochondrische Schilderung der Kopfschmerzen im Vordergrund gestanden. Der Versuch einer berufsorientierten Ergotherapie sei gescheitert, weil keine verwertbare Leistung erbracht worden sei. Der Beschwerdeführer halte sich aufgrund der Kopfschmerzen für nicht arbeitsfähig (Urk. 8/21/62 unten f.).

Aktivitäten im Gehen, Stehen und Sitzen seien uneingeschränkt möglich. Bei statischen Belastungen im Schultergürtelbereich sollten kurzzeitige Pausen oder Wechselbelastungen möglich sein. Das Heben und Tragen von Gewichten sei repetitiv bis 10 kg, vereinzelt bis 15 kg möglich. Für eine leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer erachte sich jedoch auch für leichte Arbeiten als nicht arbeitsfähig (Urk. 8/21/64 oben).

3.3.3 Am 26. April 2002 wurde der Beschwerdeführer im Universitätsklinikum M., Neurologische Klinik, im Rahmen einer interdisziplinären Sprechstunde anästhesiologisch, neurologisch und psychiatrisch abgeklärt. Die Diagnose lautete wie folgt (Urk. 8/9/10):

- chronischer zervikozephaler und Spannungstypkopfschmerz mit/bei:
- Status nach Heckauffahrunfall am 9. Februar 2000
- Status nach Auffahrkollision von links am 18. Mai 2001
- hypochondrischem Verarbeitungsmodus und Hinweisen für
- Symptomausweitung mit beginnender Entwicklung einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0).
- chronischem Analgetika-Abusus
- leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.00)
- Status nach Metakarpale IV-Fraktur im Juli 2001

Die neurologische Untersuchung sei normal. Deutlich werde, dass der Beschwerdeführer subjektiv ihn quälende (Kopf-)Schmerzen erlebe und unter diesen ebenso wie unter der infolge der Krankheitsentwicklung belasteten Sozialsituation leide. Dies zeige sich insbesondere in dem aktuell festzustellenden depressiven Zustandsbild, welches sekundär im Krankheitsverlauf aufgetreten sei. Die Symptomatik werde sicherlich auch durch die belastete Familiensituation mit insbesondere zu Invalidität führenden Schmerzsyndromen bei Vater, Mutter und Schwester mitbestimmt. Erschwerend wirke sich das auf Passivität und Schonung ausgerichtete Schmerzverständnis mit einer Tendenz zu hypochondrischem Verarbeiten mit vor allem Selbstbeobachtung und Symptomausweitung aus. Zudem sei die Haltung, erst nach vollständiger Symptommfreiheit die Arbeit wieder aufnehmen zu können, unangünstig (Urk. 8/9/10 Ziff. 1).

In erster Linie sollte ein stationärer Medikamentenentzug mit Anschlussprogramm erfolgen (Urk. 8/9/10 unten). Dringend empfohlen werde zudem eine gesprächstherapeutische Begleitung mit Fokus auf Psychoedukation und Aktivitätenaufbau sowie Vermittlung von Entspannungsübungen und Coping-Strategien. Es sollte möglichst rasch ein Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess, vorerst im Teilpensum, erfolgen (Urk. 8/9/11 Ziff. 6).

3.4.3 Am 25. Juli 2002 erstattete Dr. med. C., Allgemeine Medizin FMH, der den Beschwerdeführer seit anfangs 2000 hausärztlich betreut, einen Bericht zu dessen Arbeitsbelastbarkeit (Urk. 8/9/3-4). Darin hielt er fest, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit halbtags zumutbar sei (Urk. 8/9/4).

In seinem Bericht vom 26. Juli 2002 nannte Dr. C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/9/5 lit. A):

- chronischer zervikozephaler Spannungskopfschmerz bei Status nach zweimaliger Auffahrkollision im Februar 2000 und im Mai 2001
  - Somatisierungsstörung
  - Depressivität
  - Status nach Metakarpal-IV-Fraktur rechts im Juli 2001 mit persistierenden Beschwerden
- Vom 31. Juli 2001 bis 26. Januar 2002 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, seit dem 27. Januar 2002 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/9/5 lit. B).

In einem ergänzenden Schreiben vom 22. April 2003 (Urk. 8/19) wies Dr. C.\_\_\_\_ darauf hin, dass beim Beschwerdeführer seit dem 1. April 2003 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 8/19).

Mit Schreiben vom 3. Dezember 2002 (Urk. 8/21/17-18) bestätigte Dr. C.\_\_\_\_ seine am 25. Juli 2002 genannten Diagnosen und wies darauf hin, dass der Verlauf insgesamt ungünstig sei und auch durch psychosoziale Faktoren (Arbeitslosigkeit, familiäre Probleme) begünstigt werde (Urk. 8/21/17 Ziff. 2a). Seit dem 27. Januar 2002 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei zur Zeit unrealistisch (Urk. 8/21/18 Ziff. 4a).

3.5 Am 28. Januar 2005 erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, ein neurologisches Gutachten zu Händen des Unfallversicherers (Urk. 8/34/94-102). Darin nannte er folgende Diagnosen (Urk. 8/34/99 Ziff. 1.1):

- Somatisierung bei histrionischer Persönlichkeitsstruktur
- Status nach Unfällen, davon 1. Unfall im Februar 2000 Bagatellunfall
- Status nach Fraktur Metacarpale IV rechts im Juli 2001 nach operativer Versorgung und Entfernung des Osteosynthese-Materials
- Medikamentenmissbrauch

Keine dieser Beschwerden sei organischer Genese (Urk. 8/34/99 Ziff. 1.2). Es lägen keine typischen Beschwerden nach einer Distorsion der Halswirbelsäule vor, eine traumatische Hirnverletzung könne mit Sicherheit ausgeschlossen werden (Urk. 8/34/99 Ziff. 2.2). Die Unfallereignisse spielten nur eine geringe Rolle in der gesamten Dynamik. Die massive Verschlechterung sei über ein Jahr nach den Unfallereignissen aufgetreten (Urk. 8/34/99 Ziff. 3.1).

Anlässlich der Exploration habe sich der Beschwerdeführer in schwer leidendem Zustand präsentiert. Im Gespräch sei er vollständig auf die Situation fixiert gewesen (Urk. 8/34/98 oben). Er habe sich massiv gegen die Untersuchung der Kopfbeweglichkeit gestemmt. Spontan sei jedoch die Kopfbeweglichkeit frei, dies sei schon bei früheren Untersuchungen so vermerkt worden (Urk. 8/34/100 Ziff. 3.2).

Bei histrionischer Persönlichkeitsstruktur und familiär ungünstigen Vorbildern mit invalidisierenden Rückenschmerzen habe sich der Beschwerdeführer entschieden, dieses Leben mit psychischen Schmerzen zu führen und sich vollständig auf seine

Krankheits- und Invalidenrolle zu fixieren. Offensichtlich gelinge es ihm so, einigermaßen sein Leben zu strukturieren und sicherlich auch Zuwendung durch die Umgebung zu erhalten. Der Beschwerdeführer werde offensichtlich nicht bloss durch seine Ehefrau, sondern ebenfalls durch seine Mutter betreut. Der Gutachter äusserte seine Überzeugung, dass die Situation derart fixiert sei, dass praktisch kein Zugang mehr möglich sei, da bei einer Lösung der Situation der Beschwerdeführer wahrscheinlich weiter an Selbstwertgefühl verlieren würde (Urk. 8/34/100 Ziff. 4). Solange er sich seiner Krankheitsrolle hingebende beziehungsweise diese als Lebensentwurf akzeptiere, sei er arbeitsunfähig. Zudem sei bereits in früheren Berichten immer wieder darauf hingewiesen worden, dass der Beschwerdeführer von sich aus nicht aktiv werde, sondern eine Besserung des Gesundheitszustandes passiv erwarte (Urk. 8/34/101 Ziff. 8.2).

Die histrionische Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers trete vollständig in den Vordergrund, die Unfallereignisse seien nur nebensächlich. Die ganze Entwicklung sei nicht nachzuvollziehen, auch nicht die Intensität der Schmerzen über 24 Stunden sowie deren Unbeeinflussbarkeit durch Medikamente trotz Medikamentenübergebrauch mit zusätzlicher hoher Dosierung an Antidepressiva (Urk. 8/34/101b Ziff. 6).

3.6 Am 2. August 2005 erstattete Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten zu Händen des Unfallversicherers (Urk. 8/34/12-32).

Nach dem am 9. Februar 2000 erlittenen Distorsionstrauma der Halswirbelsäule, welches anlässlich einer unfallanalytischen Abklärung als Bagatellunfall zu qualifizieren sei (vgl. Urk. 8/34/142 unten), seien anhaltende Nacken- und Kopfschmerzen und seit Ende 2000 zusätzliche Rückenschmerzen aufgetreten, wobei es dem Exploranden aber möglich gewesen sei, weiterhin voll zu arbeiten. Ein zweiter Auffahrunfall am 18. Mai 2001 habe zu einer Verstärkung der Nacken- und Kopfschmerzen geführt, der Beschwerdeführer sei aber weiterhin arbeitsfähig gewesen (Urk. 8/34/23 unten). Erst nach einem Sturz am 30. Juli 2001 mit erlittener Metacarpal-IV-Fraktur der rechten Hand sei es zu einer vollständigen und bis heute andauernden Arbeitsunfähigkeit gekommen (Urk. 8/34/24 oben).

Die Konzentration sei aufgrund des Fixiertseins auf die somatische Problematik eingeschränkt. Im affektiven Bereich habe es keine Hinweise für eine genuine depressive Stimmung gegeben. Das Leitsymptom sei die völlige Fixierung auf die Schmerzsymptomatik gewesen, indem sich der Beschwerdeführer als schwer leidender Patient präsentiert habe. Dabei hätten die Art sowie das Ausmass der demonstrierten Beschwerden etwas Karikaturhaftes an sich gehabt. Eindringlich seien die ausgeprägten Anspruchs- und Begehrenshaltung sowie das völlige Ignorieren von ärztlichen Beurteilungen (Urk. 8/34/25 oben). Nach dem Sturzereignis im Juli 2001 mit Handfraktur habe der Beschwerdeführer vollständig die Rolle eines Schwerkranken angenommen, wobei die Familie (insbesondere die Mutter und die Ehefrau) die eingetretene Situation unterstützt hätten (Urk. 8/34/25 unten).

Für eine genuine Persönlichkeitsstruktur beständen aus psychiatrischer Sicht keine Anhaltspunkte. Das beim Beschwerdeführer bestehende somatisch nicht erklärbares Schmerzsyndrom mit Symptomausweitung und der eingetretene Opioid-Abusus seien in psychiatrischer Hinsicht klar als anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10: F45.4) mit erheblicher Aggravation (ICD 10: F68.0) und Verdacht auf Tramadol-Abusus

(ICD 10: F11.1) zu klassifizieren (Urk. 8/34/26 unten).

Eine psychische Komorbidität zum klinischen Beschwerdebild könne nicht gefunden werden (Urk. 8/34/26 unten). Abgesehen vom angegebenen Schmerzsyndrom, das der Beschwerdeführer in teilweise karikiertem Art und Weise beklage, könne keine psychische Störung von Krankheitswert diagnostiziert werden. Entsprechend sei auch anlässlich der beiden psychosomatischen Konsilien (vom 15. Februar 2001 und vom 19. Dezember 2001) im Rahmen der stationären Aufenthalte in der Rehaklinik B.\_\_\_\_ ebenfalls keine psychiatrische Störung festgestellt worden (Urk. 8/34/26 unten).

Eine von Dr. D.\_\_\_\_ angenommene histrionische Persönlichkeitsstörung könne ebenfalls ausgeschlossen werden, da der Beschwerdeführer prä-morbid psychisch nicht auffällig gewesen sei und auch heute eine mit einer solchen Persönlichkeitsstörung einhergehende Symptomatik nicht festgestellt werden könne. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung verlange ein alle Lebensbereiche betreffendes pathologisches Einstellungs- beziehungsweise Verhaltensmuster, das in der Persönlichkeit angelegt oder früh erworben sei und sich infolgedessen auch früh manifestiere. Beim Beschwerdeführer finde sich dagegen eine unauffällige Lebensentwicklung, die in der Folge eines Bagateltraumas unvermittelt in eine passive, zur völligen Aufgabe jeglicher Eigenverantwortung führende Lebenshaltung umgeschlagen habe. Das Fixiertsein des Beschwerdeführers auf die Schmerzsymptomatik könne auch nicht als neurotisch verursachte Schmerzstörung verstanden werden, weil der dahinter zu fordernde emotionale (Ä-neurotische) Konflikt oder die spezielle psychosoziale Belastungssituation nicht ausgemacht werden könnten. Es bestehe vielmehr eine Begehrenstendenz beziehungsweise eine Begehrenshaltung im Sinne einer tendenziösen Unfall- oder Krankheitsreaktion. Dafür spreche auch die mangelnde Kooperationsbereitschaft hinsichtlich des schon im Jahr 2002 gemachten Vorschlages eines Medikamentenentzuges (Urk. 8/34/27).

Mit Ausnahme des psychogenen Schmerzsyndroms liege kein psychiatrisches Krankheitsbild im eigentlichen Sinne vor, insbesondere keine klinisch manifeste Depression, keine neurotische Störung sowie auch keine posttraumatische Störung (Urk. 8/34/27 unten). Es sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der motivationalen Faktoren und familiär ungünstigen Vorbilder (Invalidisierung des Vaters und der älteren Schwester sowie Teilinvalidisierung der Mutter) ein maladaptives Bewältigungsmuster entwickelt habe, das in der Entwicklung und progressiven Ausgestaltung einer manipulativen Krankenrolle bestehe. Dabei könne dem Beschwerdeführer eine Steuerungsfähigkeit und damit Verantwortung für die eingetretene Situation nicht abgesprochen werden (Urk. 8/34/38 oben).

Es liege keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Störung von Krankheitswert vor (Urk. 8/34/30 Ziff. 7). Eine Schmerzüberwindung sei nicht nur zumutbar, sondern für den Beschwerdeführer die einzige Chance, sein Leben wieder in die Hand zu nehmen (Urk. 8/34/32 unten).

3.7. Am 14. Juni 2006 erstattete Dr. A.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer seit Frühjahr 2006 psychotherapeutisch betreut (vgl. Urk. 8/57/22 oben), einen Bericht (Urk. 8/57/24-37). Als Diagnosen nannte er eine psychovegetative Erschöpfung als reaktives Phänomen sowie eine somatoforme Schmerzstörung (Urk. 8/57/32 Mitte), wobei er darauf hinwies, dass die therapeutischen Möglichkeiten eingeschränkt seien (Urk.

8/57/32 unten). Das Auseinanderklaffen von objektivierbaren Befunden und subjektivem Leiden sei für den vorliegenden Fall typisch, so in der Erscheinung der somatoformen Schmerzstörung, deutlich weniger aber im Bild der vegetativen Erschöpfungsreaktion (Urk. 8/57/32 unten f.).

Allein das psychische Befinden bedinge eine merkliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Er schätze diese, infolge der hohen kognitiven Anforderungen, auf 80-90 % in der angestammten Tätigkeit, in leichteren Tätigkeiten auf ca. 70 %. Eine Einsatzfähigkeit für leichtere beziehungsweise den Beschwerden angepasste Tätigkeiten sei angesichts des geringen Leistungsniveaus nicht erkennbar (Urk. 8/57/37 unten).

Dr. A. \_\_\_ äusserte sich des Weiteren ausführlich zu den beiden Gutachten von Dr. D. \_\_\_ sowie von Dr. E. \_\_\_ (Urk. 8/57/33-37).

Am 25. August 2006 wurde der Beschwerdeführer ein weiteres Mal im Rahmen einer interdisziplinären Schmerzsprechstunde am Universitätsklinikum M. \_\_\_ beurteilt. Im entsprechenden Konsiliarbericht (Urk. 8/58) nannten die beteiligten Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 8/58 S. 5):

- mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11)
- Migräne ohne Aura
- Medikamentenmissbrauchskopfschmerz
- chronisches zerviko-zephalales Schmerzsyndrom
- Status nach Autounfall im Februar 2000 sowie im Mai 2001
- sekundär chronifizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) nach rezidivierenden Unfällen, vorhanden seit dem 3. Unfall im Juli 2001

Der Beschwerdeführer weise ein ausgeprägtes Gedankenkreisen auf, das er kaum unterbrechen könne. Inhaltlich sei er auf seine Schicksalsschläge, Entwertungen sowie das Schmerzgeschehen fixiert (Urk. 8/58 S. 4 unten). Zur Zeit leide er an einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode mit somatischem Syndrom. Die depressive Episode sei eine Folge rezidivierend erlebter Schicksalsschläge (Unfälle, körperliche Veränderungen, Kündigung), in denen er sich ohnmächtig gefühlt habe und die zu wiederholten Entwertungen und Kränkungen geführt hätten (Urk. 8/58 S. 5 oben).

Der Beschwerdeführer leide seit seinem ersten Unfall an chronisch-progredienten Kopfschmerzen. Der Neurostatus sei ohne Hinweis auf sekundäre Kopfschmerzgenese, so dass eine weiterführende Abklärung nicht indiziert sei. Aus rheumatologischer Sicht finde sich eine leichte Fehlform- und Fehllagerung der Wirbelsäule mit Haltungsinsuffizienz. Konventionell radiologisch fanden sich keine pathologischen Befunde im Bereich der Halswirbelsäule. Auch fanden sich klinisch und radiologisch keine pathologischen Befunde im Bereich der rechten Hand (Urk. 8/58 S. 5 Mitte).

Erneut dringend empfohlen sei ein stationärer Medikamentenentzug mit anschliessender Rehabilitation in einer psychosomatischen Klinik, ebenso das Weglassen der Akutanalgetika (Urk. 8/57 S. 6 Ziff. 1). Nach Stabilisierung der psychischen Situation sei eine Einbindung in eine Wochenstruktur (Tagesklinik) angezeigt (Urk. 8/57 S. 6 Ziff. 2). Solange die sozialversicherungsrechtliche Situation nicht geklärt sei, könne kein

therapeutischer Fortschritt erfolgen (Urk. 8/57 S. 6 Ziff. 4). Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äußerten sich die Ärzte der Schmerzprechstunde (praxisgemäss) nicht.

3.9. Am 1. November 2006 berichteten die Ärzte der Neurologischen Klinik und Polyklinik am Universitätsspital M.\_\_\_\_ erneut über den Beschwerdeführer (Urk. 8/67). Dabei bestätigten sie die Diagnosen, welche sie bereits im Konsiliarbericht der interdisziplinären Schmerzprechstunde vom 25. August 2006 genannt hatten (Urk. 8/67 S. 1 lit. A).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als technischer Koordinator am Flughafen sei der Beschwerdeführer vom 31. Juli 2001 bis 26. Januar 2002 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Vom 27. Januar 2002 bis 31. März 2003 habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden und vom 1. April 2003 bis 7. November 2006 sei der Beschwerdeführer erneut zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 8/67 S. 1 lit. B).

3.10. Am 8. Juni 2007 erstatteten die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_, wo sich der Beschwerdeführer vom 10. bis 31. Mai 2007 stationär aufhielt, einen Bericht (Urk. 8/74) und nannten folgende Diagnosen (Urk. 8/74 S. 1):

- somatoforme Schmerzstörung mit/bei:
- chronifiziertem therapieresistentem zervikovertebralem und zervikozepalem Schmerzsyndrom
- Status nach zweimaligem Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule
- Status nach Handfraktur Metakarpale IV rechts mit Fehlstellung im Juli 2001
- reaktive depressive Störung mit Ängsten, aktuell mittelgradig
- vor allem somatoforme autonome Funktionsstörung bei anamnestisch wechselnden epigastrischen Schmerzen mit/bei:
- unauffälliger Gastroskopie
- arterielle Hypertonie

Der Beschwerdeführer schein stark schmerzfixiert und es sei immer wieder schwierig gewesen, andere thematische Schwerpunkte mit ihm zu besprechen. Es habe sich im Verlauf herausgestellt, dass Angst und Panik als Folge der Schmerzen eine wesentliche Rolle spielten und ganz offensichtlich zur Schmerzverstärkung führten. Es sei ein verbesserter Umgang mit der Angst als Ziel formuliert worden, dieses habe aber bisher nicht erreicht werden können. Bei starken Schmerzen sei der Beschwerdeführer zusehends in eine passive Erwartungshaltung geraten und ausgeprägte Ängste mit teilweise dramatisch wirkendem Hilfesuchverhalten seien aufgetreten (Urk. 8/74 S. 2 unten). Es hätten sich Hinweise für ängstlich-abhängige Persönlichkeitszüge ergeben, weshalb sie eine stationäre Psychotherapie empfehlen würden. Der Beschwerdeführer wolle jedoch zunächst noch einen ambulanten Versuch machen. Dabei würden sie unbedingt die Berücksichtigung systemischer familiärer Aspekte empfehlen (Urk. 8/74 S. 3 oben). Der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres, voraussichtlich längerfristig, zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/74 S. 3 unten).

3.11. Gestützt auf diese medizinische Aktenlage gingen die Beschwerdegegnerin wie auch das hiesige Gericht von einer vollständigen

Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus (vgl. Urk. 8/81 E. 4.1 ff.): Ein somatisch begründeter Gesundheitsschaden bestehe nicht. In psychischer Hinsicht liege - abgesehen von einem mehrjährigen chronifizierten Krankheitsverlauf - weder eine ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer, noch andere qualifizierte Kriterien vor, die zu einer ausnahmesweisen Unzumutbarkeit einer vollen Arbeitstätigkeit bei der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung führten (vgl. vorstehend E. 1.6). Da beim Beschwerdeführer auch keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Störung von Krankheitswert vorlag, war von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auszugehen.

#### **E. 4**

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin zog anlässlich der Neubeurteilung einen Bericht der Klinik G. vom 20. März 2008 bei, welcher im Auftrag der Krankenversicherung erging (Urk. 8/94/1-4). Zwar wurde dieser Bericht vor dem Erlass des Urteils des hiesigen Gerichts vom 1. September 2008 erstattet und wäre deshalb im früheren Verfahren zu berücksichtigen gewesen. Nachdem er jedoch erst jetzt Eingang in die Akten fand (vgl. Urk. 8/95), ist er auch vorliegend zu prüfen.

Die Ärzte der Klinik G. diagnostizierten im genannten Bericht eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) mit Verdacht auf Somatisierung und konversionsneurotischer Symptombildung (Urk. 8/94/6). Seit den Unfallereignissen leide der Beschwerdeführer an einem chronifizierten, insgesamt progredient verlaufenden, komplexen Beschwerdebild mit Schmerzen, Nervosität und Anspannung, Müdigkeit und in den letzten Jahren möglicherweise konversionsneurotischer Symptombildung. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung liessen sich sowohl klinisch als auch anamnestisch psychopathologische Befunde erheben, welche zwischenzeitlich den Grad einer eigenständigen psychischen Störung im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode feststellen liessen (Urk. 8/94/5).

4.2.1 Mit Bericht vom 13. Januar 2008 (richtig wohl: 2009; Urk. 8/92/3-6) diagnostizierten die Ärzte der Klinik H., wo sich der Beschwerdeführer vom 30. Oktober bis 26. November 2008 stationär aufhielt, eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; Urk. 8/92/3). Der psychopathologische Befund habe keine Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen ergeben. Der Rapport erfolge prompt, affektiv sei der Beschwerdeführer wenig auslenkbar. Bezogen auf die Zukunft wirke er unsicher. Hinweise auf akute Suizidalität lägen nicht vor, allerdings werde unter dem Leidensdruck ein allgemeines Überdrückungsgefühl im Leben angedeutet (Urk. 8/92/4).

Es liege eine somatoforme Schmerzstörung vor, die sich vor dem Hintergrund einer multiplen Problematik mit Schwierigkeiten im Familienleben und im beruflichen Bereich entwickelt habe. Der psychophysische Zustand sei bei Austritt nur wenig verändert gewesen (Urk. 8/92/5).

4.3.1 Dr. A. stellte mit Bericht vom 24. Februar 2009 (Urk. 8/87) folgende Diagnosen (S. 4):

- depressive Episode derzeit mindestens mittelschwer (ICD-10 F32.11)
- Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F45.0)

- gestörtes, instabiles bzw. unreifes Persönlichkeitsfundament von prägendem, primär beeinträchtigendem Charakter (ICD-10 F 60 bzw. 62.1)

Die depressive Symptomatik sei in dieser Schwere wohl spätestens Ende 2005 festzustellen gewesen (S. 5). Hervorstechendes Symptom sei auch heute noch die Müdigkeit, die wohl zugleich auf die Kopfschmerzen wie auch auf die Depression zurückzuführen seien. Dazu komme die psychomotorische Gespanntheit und die immer wiederkehrende Angespanntheit. Der übrige Zustand habe sich gegenüber früher nicht verändert; so erscheine der Beschwerdeführer müde und abgekämpft, wirke sehr bedrückt und gequält, die Vitalgefühle seien merklich beeinträchtigt, er hinterlasse einen verzweifelten und ohnmächtigen Eindruck (S. 3). Er verfüge nicht mehr über genügend emotionale Ressourcen, um die Schmerzen zu überwinden und eine Arbeitsleistung zu erbringen. Zusätzlich sei ein langwieriger Verlauf, ein passives Krankheitsverhalten, ein ängstliches Erleben, geprägt von Therapieresistenz und Verschlechterungen, die erheblichen sozialen Stressoren, die kontinuierliche soziale Einengung, die Partnerprobleme und eine Abnahme der Vitalität, auch die Persönlichkeitsmerkmale, die fatal mit dem Verlauf interagierten, nun gegeben und somit die wichtigsten rechtsprechungsgemässen Kriterien erfüllt, die gegen die Zumutbarkeit einer Selbstüberwindung sprächen (S. 5 f.).

Die Schwere der psychopathologischen Befunde mache deutlich, dass auch aus psychiatrischer Sicht nur noch eine geringe Restarbeitsfähigkeit resultiere, die derzeit die Aufnahme einer Arbeit in der freien Wirtschaft verunmögliche. Die genannten Symptome seien nicht einfach nur als Begleiteffekte einer Schmerzverarbeitungsstörung zu verstehen, sondern infolge ihres Schweregrades zu einem zusätzlichen limitierenden Leiden geworden. Dieses sei auf dem Boden einer zum Zeitpunkt des ersten Unfallgeschehens emotional noch formbaren, unreifen Persönlichkeit geschehen (Urk. S. 11). Therapiemassnahmen könnten keine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bewirken, dazu sei das Resultat der unterschiedlichsten Therapien zu bescheiden. Das psychische Befinden allein bedinge eine merkliche Arbeitsunfähigkeit, die infolge der hohen kognitiven Anforderungen für die angestammte Arbeit 90 % und für eine leichtere Arbeit 80-85 % betrage (S. 12).

4.4. Dr. C. diagnostizierte mit Bericht vom 7. März 2009 (Urk. 8/88/7-9) ein chronifiziertes, therapieresistentes Schmerzsyndrom (somatoforme Schmerzstörung) sowie Depressivität und hielt fest, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit dem letzten Bericht nicht verändert habe. Der Beschwerdeführer sei unverändert zu 100 % arbeitsunfähig und werde dies voraussichtlich bis auf Weiteres auch bleiben (Urk. 8/88/7).

4.5. Dr. A. wiederholte mit Bericht vom 17. Oktober 2009 (Urk. 8/91/2-17) die bereits mit Bericht vom 24. Februar 2009 gestellte Diagnose (S. 4) und hielt fest, die mit Ängsten vermischte Depression habe heute weitgehend einen eigengesetzlichen Verlauf angenommen, immer wieder drängten Unruhe, Magenschmerzen oder Kopfschmerzen mit anderen Missempfindungen in den Vordergrund. Zusammenfassend führe ein ängstlich-depressives Erleben zu einer deutlichen Beeinträchtigung von Wahrnehmung, Urteilsbildung und Intentionalität wie auch zur Schwächung der Handlungseffizienz. Vor allem die Antriebsstörung, die Müdigkeit, mangelnde Energie und Schlafstörungen verhinderten eine Arbeitsleistung und der Beschwerdeführer sei deshalb maximal zu 20 % arbeitsfähig. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit

betrage die Einschränkung über 50 % (S. 8 f.).

4.6 Dr. A. \_\_\_ wies mit Bericht vom 4. Februar 2010 (Urk. 8/97) unter Wiederholung der bereits gestellten Diagnose erneut auf eine Verschlechterung des Zustands des Beschwerdeführers hin, dieser befinde sich seit längerem in einem emotionalen Ausnahmezustand. Die Auswirkung der Symptomatik auf seine Arbeitsfähigkeit sei gross. Seine Persönlichkeit sei inzwischen infolge der Schmerzen deutlich verändert worden, er leide an Energiemangel, Freudlosigkeit, Pessimismus, Gedankendrehen, geringer Konzentrationsfähigkeit und Ablenkbarkeit sowie vegetativer Beeinträchtigung wie Schlafstörungen (S. 2 f.). Für die Entwicklung der Chronifizierung sei die Prognose heute äusserst schlecht, die therapeutische Ansprechbarkeit sei sehr gering. Es sei eine Berentung angebracht. Für die angestammte Arbeit sei der Beschwerdeführer zu 90 %, für leichte Arbeiten zu 70 % arbeitsunfähig. Eine Einsatzfähigkeit für leichtere, den Beschwerden angepasste Arbeiten sei angesichts des geringen Leistungsniveaus nicht erkennbar (S. 5).

4.7 Mit Bericht vom 25. März 2010 (Urk. 8/103) führte RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nach Durchführung einer eigenen Untersuchung aus, es liege eine Erkrankung aus dem somatoformen Formenkreis vor, am ehesten sei von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) auszugehen. Eine depressive Symptomatik könne gleichfalls festgestellt werden, nicht jedoch als eigenständige Erkrankung, sondern in die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eingebettet. Eine Persönlichkeitsstörung sei als eigenständige Erkrankung nicht feststellbar, jedoch akzentuierte Persönlichkeitszüge mit unreifen Anteilen (Urk. 8/103/3). Das anlässlich der Untersuchung vom 9. Februar 2010 gesehene Zustandsbild entspreche im Wesentlichen den bereits im Gutachten von Dr. E. \_\_\_ am 2. August 2005 gemachten Angaben. Es sei deshalb keine Verschlechterung ausgewiesen, sondern es sei von einem stationären Zustandsbild auszugehen (Urk. 8/103/3-4).

## E. 5

5.1 Dem Bericht der Klinik G. \_\_\_ vom 20. März 2008 (Urk. 8/94/1-4) sind entsprechend der Fragestellung der Krankenversicherung zum Rehabilitationspotential des Beschwerdeführers keine Angaben zu dessen Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Dies gilt auch für den Bericht der Klinik H. \_\_\_ vom 13. Januar 2009, worin lediglich für die Dauer des Klinikaufenthaltes vom 30. Oktober bis 25. November 2008 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 8/92/6).

5.2 Dr. A. \_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 24. Februar 2009 (Urk. 8/87) nun eine mindestens mittelschwere depressive Episode, eine Schmerzverarbeitungsstörung sowie ein gestörtes Persönlichkeitsfundament (Urk. 8/87/4) und machte geltend, dass die depressive Symptomatik in dieser Schwere wohl spätestens Ende 2005 feststellbar gewesen und von ihm bereits 2006 erkannt worden sei (Urk. 8/87/4-5). Dies ist fraglich, denn im Bericht vom 14. Juni 2006 (Urk. 8/57/24-37) diagnostizierte Dr. A. \_\_\_ eine psychovegetative Erschöpfung als reaktives Phänomen sowie eine somatoforme Schmerzstörung (vgl. Urk. 8/57/32), nicht aber eine Depression. Weiter hielt Dr. A. \_\_\_ fest, auch heute noch seien die Müdigkeit, die psychomotorische Gespanntheit und die wiederkehrende Angespanntheit das hervorstechende Syndrom des Beschwerdeführers. Der übrige Zustand habe sich gegenüber früher nicht verändert (vgl. Urk. 8/87/3).

Aus dieser Wortwahl wäre zu schliessen, dass Dr. A.\_\_\_\_ zwar neue Diagnosen stellte, den Zustand des Beschwerdeführers jedoch als weitgehend unverändert betrachtete, was sich nicht mit einer Verschlechterung vereinbaren lässt.

Angesichts der gestellten Diagnose ist zudem nicht überzeugend dargelegt, dass dem Beschwerdeführer eine willentliche Überwindung seiner Schmerzen verunmöglicht wäre. Insbesondere reicht rechtsprechungsgemäss (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_80/2011 vom 14. Juni 2011 mit Hinweisen) eine mittelschwere depressive Episode nicht für die Bejahung einer psychischen Komorbidität bei somatoformen Erkrankungen aus: Der Diagnose-Code ICD-10 F32.1 bezeichnet eine "mittelgradige depressive Episode", wobei es sich definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden handelt, indem solche Episoden in der Regel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauern und länger dauernde Störungen unter F33 (rezidivierende depressive Störung) oder F34 (anhaltende affektive Störung) zu subsumieren sind. Ein solches vorübergehendes Leiden vermag somit grundsätzlich auch keine langandauernde volle Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Obwohl Dr. A.\_\_\_\_ den Zustand des Beschwerdeführers nicht mehr als durch Therapie verbesserbar hielt (Urk. 8/87/12), passte er seine Diagnose nicht an, sondern ging weiterhin von einer mittelgradigen depressiven Episode aus. Diese stellt deshalb keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines selbstständigigen Gesundheitsschadens dar, womit die psychische Komorbidität zu verneinen ist. Dies gilt auch für die durch Dr. A.\_\_\_\_ diagnostizierte und bereits früher von Dr. E.\_\_\_\_ verworfene (vgl. vorstehend E. 3.6) Persönlichkeitsstörung.

Insgesamt vermag die Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen, zumal er in drei verschiedenen Berichten drei verschiedene Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vornahm: Mit Bericht vom 24. Februar 2009 erachtete er den Beschwerdeführer als in der angestammten Tätigkeit zu 90 % und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit als zu 80-85 % eingeschränkt (Urk. 8/87/12). Im Bericht vom 17. Oktober 2009 betrug die Arbeitsunfähigkeit angestammt 80 % und angepasst 50 % (Urk. 8/91/8-9) und im Bericht vom 4. Februar 2010 erachtete Dr. A.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer angestammt als zu 90 % und angepasst als zu 70 % arbeitsunfähig (Urk. 8/97/5). Zudem erstattete Dr. A.\_\_\_\_ den Bericht, mit dem der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend machte, am 24. Februar 2009, somit nur ein halbes Jahr nach dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 1. September 2008. Der Einfluss versicherungstechnischer Überlegungen kann deshalb nicht ausgeschlossen werden, zumal Dr. A.\_\_\_\_ als behandelnder Psychiater aufgrund seiner Vertrauensstellung möglicherweise eher zu Gunsten seines Patienten Stellung nahm (vgl. dazu beispielsweise das Urteil des Bundesgerichts I 570/04 vom 21. Februar 2005, E. 5.1).

5.3 Der Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 7. März 2009 (Urk. 8/88/7-9), wonach der Beschwerdeführer infolge der somatoformen Schmerzstörung und der Depressivität unverändert zu 100 % arbeitsunfähig sei, ist zu wenig begründet, als dass entscheidungswesentlich darauf abgestellt werden könnte, zumal Dr. C.\_\_\_\_ Facharzt für Allgemeine Medizin ist und der Beschwerdeführer an Einschränkungen leidet, deren Auswirkungen durch einen Facharzt für Psychiatrie zu beurteilen sind.

5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der seit 1. September 2008 ergangenen Arztberichte einzig die zusätzliche Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode und eines gestörten Persönlichkeitsfundaments

gestellt wurde. Beide Diagnosen wurden jedoch bereits früher genannt, so 2006 von den Ärzten der Schmerzprechstunde am Universitätsspital (mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom; Urk. 8/58 S. 5), beziehungsweise bereits verworfen (Gutachten von Dr. E. \_\_\_ vom 2. August 2005; Urk. 8/34/26 unten), weshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass tatsächlich eine Verschlechterung eingetreten ist. Die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit stellt für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (vgl. vorstehend E. 1.5). Selbst wenn eine Verschlechterung zu bejahen wäre,  vermag eine mittelschwere depressive Episode nach dem Gesagten keine psychischen Komorbidität bei somatoformen Erkrankungen zu begründen. Die weiteren Kriterien zur Frage der ausnahmsweisen Unüberwindbarkeit der Folgen einer somatoformen Schmerzstörung (vgl. vorstehend E. 1.6), die praxisgemäss weniger im Vordergrund stehen als die Frage der psychischen Komorbidität, blieben nach Lage der Akten weitgehend unverändert (vgl. auch die Feststellungen von Dr. I. \_\_\_, Urk. 8/103/2). Es kann diesbezüglich auf die entsprechenden Erwägungen im Urteil vom 1. September 2008 verwiesen werden (Urk. 8/81 E. 4.4). Die diesbezüglichen Feststellungen von Dr. A. \_\_\_ unterliegen ebenfalls den vorgenannten beweisrechtlichen Einschränkungen.

5.5                 Ingesamt hat deshalb die willentliche Überwindung der Schmerzerkrankung als dem Beschwerdeführer zumutbar zu gelten und die somatoforme Schmerzstörung vermag keine Invalidität zu begründen.

Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

6.             Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

- 1.             Die Beschwerde wird abgewiesen.
- 2.             Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.
- 3.                 Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. \_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.             Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während

folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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.