

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00479 vom 7. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00479

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00479 du 7 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00479 del 7 maggio 2012

Erwägungen

E. 2

2.1. Im Folgenden ist vorerst die Beurteilung des Gesundheitszustandes massgebliche Aktenlage bei Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 13. Juni 2007 (Urk. 8/44) zu präzisieren.

2.2. Die Ärzte des A.____, Medizinische Abklärungsstelle (Medas) der IV, B.____ (nachfolgend: A.____), stellten in ihrem Gutachten vom 14. Juli 2006 (Urk. 8/30/1-33) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/30 S. 26 f.):

- Status nach Unfall mit leichtem Schädelhirntrauma (Commotio cerebri) mit Kontusion des Gesichtsschädels am 18. Februar 2002 mit/bei
- peripher traumatisch bedingter passagerer Facialisparese rechts
- noch persistierender Hypalgesie im Gebiet des Maxillarisastes des Trigeminierven rechts
- persistierendem unterem Zervikalsyndrom
- persistierendem okzipitalem Schmerzsyndrom links bei Verdacht auf Reizung des Nervus occipitalis links
- Verdacht auf posttraumatische Epilepsie mit elementar sensiblen und fokalen Anfällen im rechten Arm mit sekundärer Generalisation
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- mit chronischem Schmerzsyndrom im Bereich Kopf und Nacken
- bei einer Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstischen Charakterzügen
- mit Angst und Depression gemischt

Die allgemeinmedizinische und orthopädische Untersuchung habe einen unauffälligen orthopädisch-rheumatologischen Status und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben (Urk. 8/30 S. 16). Bei der neurologischen Untersuchung habe ein Verdacht auf eine posttraumatische Epilepsie mit elementar sensiblen und fokalen Anfällen im rechten Arm mit sekundärer Generalisation resultiert. Diesbezüglich sei eine EEG-Abklärung indiziert. Bei einer Bestätigung der neurologischen Diagnose sei eine Behandlung durch geeignete Antiepileptika angezeigt.

Im Vordergrund stehe das psychiatrische Leiden mit einer deutlichen Schmerzfehlerverarbeitung mit Selbstlimitierung und unspezifischen Symptomen aus dem Formenkreis der Depression und der Angststörung, wobei weder eine depressive

Störung noch eine Angststörung per se diagnostiziert werden könne. Es handle sich vielmehr um unspezifische Symptome aus dem Formenkreis der Depression und Angst gemischt. Klinisch imponiere eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit akzentuierten Charakterzügen. Es bestehe sodann eine deutliche Selbstlimitierung (Urk. 8/30 S. 29).

Unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Faktoren sei von einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen, wobei dem Beschwerdeführer die Ausübung von Hilfsarbeitertätigkeiten im zeitlichen Umfang eines Vollzeitpensums bei einer wegen den chronifizierten Schmerzen um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit von 30 % zuzumuten sei.

Sollte sich die Diagnose einer posttraumatischen Epilepsie bestätigen, seien dem Beschwerdeführer Arbeiten auf Geräten und an sonstigen gefährlichen Orten nicht mehr zuzumuten, und es sei von einer Arbeitsfähigkeit von 30 % in der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers auf dem Bau auszugehen. In behinderungsangepassten Tätigkeiten bestehe indes selbst bei Bestätigung der Diagnose einer posttraumatischen Epilepsie eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (Urk. 8/30 S. 30).

Die Ärzte des Spitals C. (C.), Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, stellten in ihrem Bericht vom 17. November 2006 die folgenden Diagnosen (Urk. 8/63/29):

- chronische okzipitale Kopfschmerzen im Anschluss an Unfallereignis vom 16. Februar 2002
- chronisches zervikospondylogenes Syndrom rechts mit/bei
- Kopfprotraktionshaltung mit muskulärer Dysbalance
- beginnendem Halbseitenschmerzsyndrom rechts
- Verdacht auf zentrale Schmerzverarbeitungsstörung
- Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung bei Depression
- schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- Verdacht auf Angst- und Panikstörung
- Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)
- ISG-Blockierung rechts

Klinisch zeige der Beschwerdeführer das Bild einer Schmerzchronifizierung mit Verdacht auf eine zentrale Schmerzverarbeitungsstörung. Sodann bestehe eine Schmerzausweitung mit beginnendem Halbseitenschmerzsyndrom auf der rechten Körperhälfte. Der Beschwerdeführer leide an Dauerschmerzen mit nur geringer Modulierbarkeit durch Medikamente. Es sei eine schmerzmedikamentöse, physiotherapeutische und psychiatrische Behandlung indiziert (Urk. 8/63/30).

Mit Bericht vom 24. November 2006 stellten die Ärzte des C., Neurologische Klinik und Poliklinik, fest, dass eine gleichentags durchgeführte elektroenzephalografische (EEG) Untersuchung des Gehirns des Beschwerdeführers einen normalen EEG-Befund ergeben habe (Urk. 8/63/33).

Ä

E. 3

3.1. Zu prüfen ist weiter, ob sich die gesundheitlichen Verhältnisse seit dem 13. Juni 2007 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2011 (Urk. 2) verändert haben.

3.2. Dr. med. D.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in seinem zusammen mit Dr. phil. E.____, klinischer Psychologe, verfassten Bericht vom 20. Januar 2009 eine mittelgradige depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Adipositas (Urk. 8/53 S. 1). Eine Rehabilitationsbedürftigkeit des Beschwerdeführers sei gegeben. Wegen einer bedeutenden psychosozialen Problematik sei eine stationäre psychiatrische Behandlung unter Einbezug der desolaten Familiensituation indiziert (Urk. 8/53 S. 2).

3.3. Die Ärzte des F.____, G.____, erwähnten im Austrittsbericht vom 27. Februar 2009 (Urk. 8/54), dass der Beschwerdeführer vom 22. Januar bis 27. Februar 2009 hospitalisiert gewesen sei (S. 1) und diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei psychosozialer Belastungssituation sowie eine (vordiagnostizierte) anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die Schmerzproblematik und die depressive Stimmung des Beschwerdeführers sei zu einem grossen Teil auf seine schwierige psychosoziale Situation zurückzuführen. Es sei eine ambulante (psychiatrische) Behandlung sowie eine psychologische und sozialarbeiterische Unterstützung angezeigt (S. 3).

3.4. Dr. med. H.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Gutachten vom 18. Oktober 2009 (Urk. 8/63/1-17) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/63/12-13):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit
- Verstimmungszuständen
- Regressionstendenz
- Behindertenüberzeugung
- Verdeutlichungstendenz
- histrionischem Illness behaviour
- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. H.____ folgende:

- akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge
- Probleme in Beziehung zu Ehepartner
- sonstige belastende Lebensumstände

Es sei davon auszugehen, dass eine schwere Aggravation im Sinne einer Verhaltensstörung im Rahmen einer bestehenden, chronifizierten und anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestehe (Urk. 8/63/14). Auf Grund des klinischen Eindrucks, der Affektivität, der kognitiven Leistungsfähigkeit, des Auftretens und der Kommunikationsfähigkeit des Beschwerdeführers sei eine wesentliche, mittelgradige Depressivität nicht festzustellen. Der Beschwerdeführer leide vielmehr unter

gelegentlichen depressiven Verstimmungszuständen und depressiv anmutenden Sinnkrisen. Zu diagnostizieren sei eine auffällige, histrionische und zielgerichtete Verhaltensauffälligkeit, unter anderem im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes (Urk. 8/63/15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand seit dem Jahre 2006 leicht verschlechtert. Bezüglich der Schmerzfehlerverarbeitung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei von einem chronischen Verlauf auszugehen. Es bestehe eine Komorbidität mit wechselhafter Depressivität bei gleichzeitiger mangelnder Kollaboration und Verhaltensauffälligkeit, wobei dem Beschwerdeführer zuzumuten sei, die mangelnde Kollaboration und die Verhaltensauffälligkeit zu überwinden (Urk. 8/63/15). Im Vergleich zum Jahre 2006 sei die Depressivität gegenwärtig etwas ausgeprägter, wohingegen die Angststörung eher in den Hintergrund getreten sei (Urk. 8/63/16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Ausübung behinderungsangepasster, körperlich leichter Tätigkeiten sei dem Beschwerdeführer ohne Leistungseinbuße im Umfang von fünf Stunden täglich zuzumuten (Urk. 8/63/17).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä In Würdigung des medizinischen Sachverhalts bei Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 13. Juni 2007 (Urk. 8/44) gilt es zu beachten, dass die von den Ärzten des C. ___, Neurologische Klinik und Poliklinik, am 24. November 2006 durchgeführte EEG-Untersuchung einen normalen Befund ergeben hat (Urk. 8/63/33). Es ist daher davon auszugehen, dass der im neurologischen Teilgutachten des Gutachtens der Ärzte des A. ___ vom 14. Juli 2006 erhobte Verdacht auf eine posttraumatische Epilepsie (Urk. 8/30 S. 19) nicht erhärtet werden konnte.

4.2 Ä Ä Ä Ä Es gilt sodann zu beachten, dass die Ärzte des A. ___ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostizierten (Urk. 8/30 S. 26 f.) und davon ausgingen, dass das psychische Leiden mit einer deutlichen Schmerzfehlerverarbeitung mit Selbstlimitierung und unspezifischen Symptomen aus dem Formenkreis der Depression und der Angststörung im Vordergrund stehe (Urk. 8/30 S. 29). Damit grundsätzlich übereinstimmend stellten die Ärzte des C. ___, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, eine Schmerzchronifizierung mit Verdacht auf eine zentrale Schmerzverarbeitungsstörung und auf eine somatoforme Schmerzstörung bei Depression fest (Urk. 8/63/29 f.). Die Ärzte des A. ___ und diejenigen des C. ___ wichen in ihrer Beurteilung indes insofern voneinander ab, als erstere davon ausgingen, dass nur unspezifische leichte Symptome aus dem Formenkreis der Depression und unspezifische Symptome aus dem Formenkreis der Angststörung vorliegen würden (Urk. 8/30 S. 25), während letztere eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen sowie einen Verdacht auf eine Angst- und Panikstörung und auf eine posttraumatische Belastungsstörung feststellten (Urk. 8/63/29).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Vom Beschwerdeführer wird nicht bestritten, dass sich sein Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht seit Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 13. Juni 2007 (Urk. 8/44) nicht in einer massgebenden, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise verändert hat. Gegenteiliges lässt sich den Akten denn auch nicht entnehmen.

5.2. Bei der Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2011 (Urk. 2) gilt es festzuhalten, dass die beteiligten Ärzte weiterhin übereinstimmend eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung feststellten (Urk. 8/53 S. 1, Urk. 8/54 S. 3, Urk. 8/63/12-13). In der Beurteilung der neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestehenden depressiven Störung kamen die beteiligten Ärzte indes teilweise zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während Dr. D. in seinem Bericht vom 20. Januar 2009 (Urk. 8/53 S. 2) und die Ärzte des F. in ihrem Austrittsbericht vom 27. Februar 2009 (Urk. 8/54 S. 3) eine mittelgradige depressive Störung feststellten, ging Dr. H. in seinem Gutachten vom 18. Oktober 2009 (Urk. 8/63/1-17) davon aus, dass der Beschwerdeführer nicht an einer mittelgradigen depressiven Störung sondern lediglich an einer leichten Episode einer rezidivierenden depressiven Störung im Sinne von gelegentlichen depressiven Verstimmungszuständen und depressiv anmutenden Sinnkrisen leide (Urk. 8/63/15).

5.3. In Bezug auf das Gutachten von Dr. H. vom 18. Oktober 2009 (Urk. 8/63/1-17) gilt es zu beachten, dass Dr. H. über eine fachärztliche Spezialisierung in Psychiatrie und daher über eine für die Beurteilung des im Vordergrund stehenden psychischen Leidens des Beschwerdeführers geeignete ärztliche Spezialisierung verfügt. Das Gutachten enthält eine Einleitung, eine Aktenzusammenfassung, die Anamnese und eine Darstellung der Krankheitsentwicklung, subjektive Angaben des Versicherten, die Untersuchungsbefunde sowie eine Beurteilung und die Beantwortung der Fragen. Der Gutachter berücksichtigte darin die geklagten Beschwerden sowie sämtliche medizinischen Vorakten. Insgesamt erfüllt das Gutachten des Dr. H. daher die von der Rechtsprechung (vgl. E. 1.6 und BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis) aufgestellten Anforderungen. Die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. H. vermag insbesondere inhaltlich zu überzeugen, namentlich soweit der Gutachter feststellte, dass auf Grund des klinischen Eindrucks, der Affektivität, der kognitiven Leistungsfähigkeit, des Auftretens und der Kommunikationsfähigkeit des Beschwerdeführers eine mittelgradige depressive Störung nicht zu diagnostizieren sei, und soweit er davon ausging, dass der Beschwerdeführer gegenwärtig lediglich an einer leichtgradigen depressiven Störung im Sinne von gelegentlichen depressiven Verstimmungszuständen und depressiv anmutenden Sinnkrisen leidet (Urk. 8/63/15). Gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. H. ist vorliegend daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2011 (Urk. 2) an einer im Vordergrund stehenden, anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Verstimmungszuständen, Regressionstendenz, Behinderter Überzeugung, Verdeutlichungstendenz und histrionischem Illness behaviour sowie an einer rezidivierenden, gegenwärtig leichtgradigen depressiven Störung litt.

5.4. Die (leicht) abweichenden Einschätzungen von Dr. D. und des F. vermögen dieses Ergebnis nicht in Zweifel zu ziehen. Vorweg ist festzuhalten, dass diese den Beschwerdeführer mit einer therapeutischen Aufgabenstellung abklärten und die geschilderten Befunde nicht dergestalt sind, als dass das Vorliegen eines bloss leichten depressiven Geschehens als weniger wahrscheinlich erscheinen würde. Zudem verwiesen die therapeutischen Ärzte vorweg auf psychosoziale Belastungsfaktoren, welche sie indes als entsprechend beeinflussbar ansahen und hierzu sie auch entsprechende Vorschläge machten. Damit kann nicht vom Vorliegen einer mittelgradigen Depression ausgegangen

werden.

E. 6

6.1 Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352).

6.2 Nach der Rechtsprechung darf bei der invalidenversicherungsrechtlichen Beurteilung der invalidisierenden Wirkung anhaltender somatoformer Schmerzstörungen oder sonstiger vergleichbarer pathogenetisch (etiologisch) unklarer syndromaler Zustände (BGE 132 V 393 E. 3.2) nicht einfach unbesehen auf die ärztlichen - selbst die gutachterlich attestierten - Einschätzungen abgestellt werden, zumal der Invaliditätsbegriff rechtlicher Natur ist (Art. 8 ATSG) ist und nicht zwingend mit dem medizinischen Krankheits- oder Invaliditätsverständnis übereinstimmt. Vielmehr hat die rechtsanwendende Behörde zunächst die - aufgrund der medizinischen Aktenlage zu beantwortende - Frage zu prüfen, ob und inwieweit bei der versicherten Person neben der diagnostizierten, allein nicht invalidisierenden (BGE 130 V 352 E. 2.2.3) anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zusätzliche psychische Beeinträchtigungen im Sinne des rechtsprechungsgemässen Kriterienkatalogs vorliegen, welche einer adäquaten Schmerzbewältigung objektiv entgegenstehen. Die entsprechenden Feststellungen sind tatsächlicher Natur. Die weitere Frage, ob eine allenfalls festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und/oder einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten, ist dagegen rechtlicher Art: ihre abschliessende Beantwortung obliegt damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden (Urteile des Bundesgerichts 9C_820/2007 vom 2. September 2008 E. 4.1 mit Hinweisen und 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008, E. 3.3.1).

Unter diesen Umständen ist - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4) - grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von der gutachterlichen Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit durch Dr. H. ___ abgewichen ist (Urk. 2 S. 3).

6.3 Die beim Beschwerdeführer diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet nach der erwähnten Rechtsprechung keine eigenständige psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Dauer und Intensität. Gleiches gilt bezüglich der zusätzlich diagnostizierten rezidivierenden, gegenwärtig leichtgradigen depressiven Störung. Denn eine leichte beziehungsweise mittelschwere Depression gilt rechtsprechungsgemäss als Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung und nicht als selbstständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität, die sich aufgrund ihres Schweregrades unbestreitbar von der somatoformen Schmerzstörung unterscheiden liesse (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_945/2009 vom 23. September 2010 E. 10.1 mit Hinweisen). Sodann gilt es zu beachten, dass sowohl die Ärzte des F. ___ (Urk. 8/54 S. 3) als auch Dr. H. ___ (Urk. 8/63/13) davon ausgingen, dass eine ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation für das Beschwerdebild mitverantwortlich sei. Bei der diagnostizierten leichtgradigen depressiven Episode liegt damit keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression (BGE 127 V 294 E. 5a) im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens vor (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2007 E. 4.2). Des Weiteren stellte Dr. H. ___ eine deutliche aggravatorische Verhaltensauffälligkeit, eine Behindertenüberzeugung, eine Verdeutlichungstendenz und ein deutliches histrionisches illness behaviour fest (Urk. 8/63/12), was ebenfalls zu berücksichtigen ist (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_591/2009 vom 27. November 2009 E. 4.1). Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist auf Grund der Akten daher zu verneinen.

6.4 Die übrigen rechtsprechungsgemäss relevanten Kriterien, die einem adäquaten Umgang mit den geklagten Schmerzen entgegenstehen können, sind nicht beziehungsweise nicht hinreichend gehäuft und ausgeprägt erfüllt, um insgesamt den Schluss auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten:

6.4.1 In Bezug auf das Kriterium der körperlichen Begleiterkrankung kamen bereits die Ärzte des A. ___ in ihrem Gutachten vom 14. Juli 2006 zum Schluss, dass das psychiatrische Leiden mit einer deutlichen Schmerzfehlerverarbeitung eindeutig im Vordergrund steht (Urk. 8/30 S. 29). Daran hat sich seither nichts geändert.

6.4.2 Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist auf Grund der Akten zu verneinen. Den Angaben in der Sozialanamnese des Gutachtens von Dr. H. ___ vom 18. Oktober 2009 ist vielmehr zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer regelmässige Arztbesuche wahrnimmt und regelmässige, wenn auch nicht unbelastete, Beziehungen zu seinen im gleichen Haushalt lebenden Kindern und zu seiner Ehegattin pflegt. Sodann unterhält der Beschwerdeführer Beziehungen zu einigen wenigen Freunden und Kollegen. Gemäss seinen Angaben besuchen ihn diese manchmal. Sodann unternimmt der Beschwerdeführer regelmässig Spaziergänge, wenn es ihm gut geht (Urk. 8/63/10). Der Beschwerdeführer scheint, abgesehen von seiner Verwandtschaft, nur zu wenigen Freunden und Kollegen Kontakte zu unterhalten. Auf Grund der Akten ist indes davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auch als Gesunder kein grosses

Beziehungsnetz pflegen würde. Das Fehlen einer breiter abgestützten sozialen Integration ist somit vorwiegend als invaliditätsfremd einzustufen, weshalb das Kriterium eines nahezu vollständigen sozialen Rückzugs in praktisch allen Belangen des Lebens aus psychischen Gründen vorliegend zu verneinen ist.

6.4.3 Beim Kriterium des primären Krankheitsgewinns handelt es sich um einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (Ärgerflucht in die Krankheit). Diesbezüglich ist dem Gutachten von Dr. H. ___ zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zu Hause bei seiner Familie eine Krankenrolle einnimmt und sich wie ein „Pascha“ verhält (Urk. 8/63/14). Dr. H. ___ stellte sodann eine auffällige, histrionische und zielgerichtete Verhaltensauffälligkeit, unter anderem im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes, fest (Urk. 8/63/15). Damit ging der Gutachter davon aus, dass es sich dabei um einen rechtlich unbeachtlichen sekundären Krankheitsgewinn im Rahmen psychosozialer Belastungsfaktoren handelt. Hinweise für einen ausgeprägten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren primären Krankheitsgewinn lassen sich den Akten nicht entnehmen.

6.4.4 Bezüglich des Kriteriums des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person ergibt sich zwar, dass bereits verschiedene ambulante oder stationäre Behandlungen durchgeführt wurden. Dr. H. ___ hat in seinem Gutachten vom 18. Oktober 2009 indes festgehalten, dass von einer „miserablen Kollaboration in allen Therapien“ ausgegangen werden müsse (Urk. 8/63/14). Es bestehen daher gewichtige Zweifel an der Kooperationsbereitschaft des Beschwerdeführers und es ist davon auszugehen, dass die Therapien in nicht unbedeutendem Masse durch die Selbstlimitierungen, die eingeschränkte Mitwirkung und fehlende Motivation des Beschwerdeführers fehlgeschlagen sind. Ein in der somatoformen Schmerzstörung selbst begründeter, mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit im Wesentlichen unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung ist vorliegend zwar gegeben. Dies genügt nach dem Gesagten indes nicht, um aus rechtlicher Sicht von einer Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2).

6.5 Demnach sind die Kriterien, bei deren Vorhandensein eine somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen nach der Rechtsprechung mit einer zumutbaren Willensanstrengung ausnahmsweise nicht als überwindbar gilt und die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit und der Unzumutbarkeit des vollen Wiedereinstiegs des Versicherten in den Arbeitsprozess ausnahmsweise gerechtfertigt sein können, vorliegend nicht gegeben. Damit ist versicherungsrechtlich - trotz anderslautender Einschätzung des Gutachters - von einer in psychischer Hinsicht vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen.

7. Nach dem Gesagten bestand beim Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2011 (Urk. 2) in psychischer Hinsicht keine anspruchsbegründende Invalidität im Rechtssinne. Eine den Rentenanspruch beeinflussende und im revisionsrechtlichen Sinne erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes ist im massgebenden Vergleichszeitraum vom 13. Juni 2007 bis zum 21. März 2011 daher zu verneinen. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 21.

März 2011 (Urk. 2) auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtete und einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers erneut verneinte. Die dagegen erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.

8. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- 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.