

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01125 vom 27. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01125

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01125 du 27 mars 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01125 del 27 marzo 2013

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten von Dr. Z. ___ auf den Standpunkt, dass seit Juni 2009 eine Einschränkung von 25 % sowohl in der angestammten wie auch in einer anderen angepassten Tätigkeit vorliege, was einen Rentenanspruch ausschliesse. Auch bestehe kein Anlass, von einer dauerhaften Verschlechterung seit dem Begutachtungszeitpunkt Ende März 2010 auszugehen (Urk. 2).

2.2 Dagegen lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, dass die Beurteilung von Dr. Z. ___ in erheblichem Widerspruch zu derjenigen des behandelnden Psychiaters Dr. C. ___, den Beurteilungen der Einrichtungen der B. ___ und derjenigen des Kreisarztes der Suva stehe. Zudem leide das Gutachten Z. ___ an erheblichen beweisrechtlichen Mängeln. Selbst wenn der Beurteilung von Dr. Z. ___ zu folgen wäre, dürfte eine Arbeitsfähigkeit in dem von Dr. Z. ___ attestierten Ausmass frühestens ab dem Begutachtungszeitpunkt, das heisst ab dem 31. März 2010 angenommen werden, habe doch die Suva ausgehend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus primär psychischen Gründen bis im April 2010 ein volles Taggeld bezahlt (Urk. 1)

2.3 Mit Bezug auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit sind sich die Parteien darin einig, dass aufgrund der somatischen Beschwerden im Nachgang zum Arbeitsunfall vom 17. Juni 2008 kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist. Dies korrespondiert mit der Aktenlage und der diesbezüglichen Schlussfolgerung unter Erwägung 3.2 im Urteil UV.2010.00257 vom 27. Februar 2012, wonach die erlittene Claviculafraktur links wie auch die als mögliche Unfallfolge diagnostizierte Thoraxkontusion und die Weichteilquetschung in den Folgewochen und -monaten komplikationslos geheilt sind.

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer an einem anspruchsbegründenden psychischen Gesundheitsschaden leidet. Der massgebliche Beurteilungszeitraum erstreckt sich dabei entsprechend der hier anwendbaren, ab 1. Januar 2008 gültigen Fassung von Art. 29 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG von Dezember 2008 bis zum Erlass der hier angefochtenen Verfügung, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 129 V 167 E. 1).

E. 3

3.1 Den medizinischen Akten ist dazu Folgendes zu entnehmen:

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, stellte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 16. Juli 2009 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Unfall am 17.06.2008

Multiple Kontusionen gesamter Körper

Nicht dislozierte laterale Claviculafraktur links

Lumbales spondylogenes Syndrom.

Aktuell leide der Beschwerdeführer an Schmerzen im Bereich des gesamten Bewegungsapparates. Dr. F. ____, schrieb den Beschwerdeführer vom 2. Februar bis 19. Juli 2009 immer wieder tage- bis wochenweise arbeitsunfähig. Welche Arbeiten zukünftig noch zumutbar seien, könne er zurzeit nicht beurteilen (Urk. 11/11/1-6). In seinen ärztlichen Zwischenberichten zuhanden der Suva vom 7. Oktober 2008, 12. November 2008, 9. Januar 2009 und vom 6. April 2009 bescheinigte er keine aktuellen Arbeitsunfähigkeiten (Urk. 11/14/9-11/14).

Im Zwischenbericht vom 8. September 2009 wies er auf in den letzten Monaten vermehrt diffuse, nicht klar fassbare Schmerzen bei komplexer Vorgeschichte hin (Urk. 11/17/22).

Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Kreisarzt der Suva, untersuchte den Beschwerdeführer am 17. September 2009. Er erkannte ein vielgestaltiges Schmerzsyndrom bei Verdacht auf eine Somatisierungstendenz im Rahmen einer depressiven Entwicklung nach noch nicht vollständig abgeklärtem Trauma. Aus somatischer Sicht erachtete er den Beschwerdeführer als vollumfänglich und ohne Einschränkungen arbeitsfähig. Es stehe das Bild eines erheblich depressiven Menschen im Vordergrund. Bei der aktuellen Untersuchung habe er deutliche Hinweise auf eine Symptomausweitung gefunden. Zur Abklärung einer allfälligen posttraumatischen Belastungsstörung müsse das Unfallereignis genauer abgeklärt werden. Aufgrund der psychischen Beeinträchtigung erachtete er den Beschwerdeführer aktuell als zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/17/17-20).

3.2 Seit dem 12. Oktober 2009 steht der Beschwerdeführer bei Dr. C. ____, in psychiatrischer Behandlung. Dr. C. ____, stellte in seinem ersten Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 16. Januar 2010 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.11), seit mindestens 4. Juni 2009. Differentialdiagnostisch führte er eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 an. Seit mindestens Juni 2009 liege ausserdem ein Alkoholabusus (ICD-10 F10.1) vor. Seit 4. Juni 2009 bis auf Weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/20)

Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung, der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, erstellte Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, am 14. September 2010 gestützt auf seine Untersuchung vom 3. September 2010 und die medizinischen Akten ein Fachgutachten. Seine Diagnose lautete auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine längere

depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) sowie auf Analphabetismus bei drohender Ausweisung (ICD-10 Z55, Z65). Er sprach sich gegen das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung aus. Im Hinblick auf die Beurteilbarkeit der Überwindbarkeit der Schmerzstörung nahm Dr. H. ___ zu den rechtsprechungsgemäss geforderten Kriterien Stellung und erklärte dazu unter anderem, dass die depressive Reaktion rückbildungsfähig sei und nicht als definitiver psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert angesehen werden könne. Er wies auf die ungünstigen krankheitsfremden Faktoren wie regressives Verhalten, demonstrative Anteile, Analphabetismus, mässige kulturelle Integration und die Verantwortung für die kinderreiche Familie hin. Wegen des psychosomatischen Befundes, der sich seit Herbst 2008 entwickelt habe, bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %, wobei hinsichtlich einer zumutbaren Tätigkeit keine Einschränkungen beständen (Urk. 11/34/1-9).

Dr. Z. ___ sodann erstellte sein Gutachten vom 26. November 2010 gestützt auf eine bereits am 31. März 2010 erfolgte Untersuchung. Die Begutachtung erfolgte in Anwesenheit einer Übersetzerin und der Ehefrau des Beschwerdeführers (Urk. 11/38/7). Auch Dr. Z. ___ kam zum Schluss, dass sich beim Beschwerdeführer ab Juni 2008 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 entwickelt habe. Daneben stellte er folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/38/27):

Ä Störungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch, ICD-10 F10.25, der Beginn ist unbekannt, er liegt fremdanamnestic jedoch vor 2005

Ä Störungen durch Sedativa, low-dose-Abhängigkeit von Benzodiazepinen, ständiger Substanzgebrauch, ICD-10 F13.25, Entwicklung ab Sommer 2008

Ä Akzentuierte Persönlichkeit mit passiv-aggressiven sowie ängstlich-hypochondrischen Zügen, ICD-10 Z73.1, Entwicklung ab der späten Adoleszenz mit Zuspitzung ab Juni 2008.

Ä Als Störung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er neben einer Tabakabhängigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert gemäss ICD-10 F33.4.

Ä Unter Zuhilfenahme des V-achsigen Schemas des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM IV) legte Dr. Z. ___ unter Achse IV dar, dass beim Beschwerdeführer erhebliche psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme vorliegen, welche die Persistenz der Symptomatik seit Juni 2008 beeinflussen würden (vgl. dazu Urk. 11/38/28). Die von Dr. C. ___ gestellte Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht bestätigt werden, fehlten hierfür doch fast alle Kriterien (Urk. 11/38/26 unten).

Ä Die Arbeitsfähigkeit beurteilte Dr. Z. ___ als um höchstens 25 % eingeschränkt, wobei hierfür hauptsächlich die akzentuierten Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers verantwortlich seien und die Folge eines habituell gewordenen Verhaltens sei, welches durch Rigidität, Inflexibilität und Vermeidung gekennzeichnet sei. Der Gesundheitsschaden bestehe im Prinzip schon länger, doch sei er mit der Kündigung per 30. Juni 2009 offensichtlich geworden. Eine

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Austritt aus der A.____ begab sich der Beschwerdeführer vom 10. Januar bis 5. Mai 2011 in die tagesklinische Behandlung des D.____, ebenfalls ein Institut der B.____. Im Austrittsbericht vom 13. Mai 2011 lauteten die Diagnosen wie folgt (Urk. 11/63/3):

- Status nach schwergradig depressiver Symptomatik mit psychotischen Symptomen, gegenwärtig mehrheitlich remittiert, Probleme mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände (ICD-10 Z64)
- Probleme mit Bezug auf die Ausbildung und das Lese-Schreib-Vermögen (ICD-10 Z55)
- generalisiertes Schmerzsyndrom nach Arbeitsunfall 2008 durch Verschütten mit Steinen
- anamnestisch schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Verlauf und Therapie wurden dahingehend geschildert, dass die Schmerzen während des ganzen Aufenthalts kaum ein Thema gewesen seien und es deswegen lediglich ab und zu Absenzen gekommen sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer habe sich in der Tagesklinik weiter stabilisiert, sei aber wenig gefestigt. Konzentration und Antrieb hätten sich verbessert. Bei insgesamt niedrigem Funktionsniveau führten Probleme von aussen schnell zu einer raschen Verschlechterung und Destabilisierung; er sei dann emotional herabgestimmt, innerlich aufgereggt und nervös und leide allgemein an Schlafproblemen. Unter emotionaler Belastung traten latente bis subakute Suizidgedanken auf. Deutlich geworden sei die starke Kränkung, welche er durch seine unfallbedingten Einschränkungen und durch die Ablehnung derselben durch die Sozialwerke erlebe. Insgesamt habe der Beschwerdeführer einen befriedigenden Verlauf mit Stabilisierung gezeigt. Aufgrund leichter Hinweise auf ein mögliches Frontalhirnsyndrom sei er neuropsychologisch abgeklärt worden. Die Testung vom 26. April 2011 habe Hinweise auf Dysfunktionen subkortikaler und präfrontaler Areale (Konzentrationsschwierigkeiten, ausgeprägte Verlangsamung und Einschränkung vor allem der Exekutivfunktionen) gezeigt. Die Untersuchung und Interpretation der Ergebnisse seien jedoch aufgrund der eingeschränkten Deutschkenntnisse und der geringen Schulbildung des Beschwerdeführers stark erschwert gewesen. Die Beurteilung lautete auf eine depressive Entwicklung nach erlittenem Arbeitsunfall und Arbeitsplatzverlust bei geringer Schulbildung und zusätzlich sporadisch starkem Alkoholkonsum. Die mit dem Unfall und der Erkrankung erlittenen Kränkungen hätten zu einer Verschärfung der Symptomatik und zu Konflikten mit der Ehefrau geführt. Die zuständigen Fachpersonen des D.____ erachteten den Beschwerdeführer auch nach Austritt aus der Tagesklinik nicht als arbeitsfähig, weshalb er im Arbeitszentrum Oetwil am See angemeldet wurde (vgl. Urk. 11/63).

3.4 Ä Ä Ä Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens liess der Beschwerdeführer sodann eine Stellungnahme von Dr. S.____ zur Qualität des Gutachtens von Dr. Z.____ einreichen. Dr. S.____ kam darin zum Schluss, dass dieses in diversen Bereichen fehler- und lückenhaft sowie widersprüchlich, die diagnostische Beurteilung nicht kriteriengeleitet sei (Urk. 16).

E. 4

4.1. Im Rahmen der Würdigung obiger ärztlicher Berichte ist vorab daran zu erinnern, dass es Sache der Rechtsanwendung und im Streitfall des Gerichts ist, die Qualität medizinischer Stellungnahmen zu beurteilen (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Das Gericht benötigt dazu keine von einer Partei veranlasste Expertise, die sich darauf beschränkt, zu untersuchen, ob eine medizinische Stellungnahme den erforderlichen Kriterien entspricht und sich über Detailkritikpunkte auslässt, ohne eine eigene medizinische Beurteilung abzugeben.

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung weder eine Bindungswirkung für die Invalidenversicherung aufgrund der Invaliditätsbemessung der Unfallversicherung besteht, noch eine solche im umgekehrten Sinn zu bejahen ist (BGE 133 V 549 E. 6.2 S. 554). Dementsprechend vermag der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass die Suva nach der Rückfallmeldung vom 20. Juli 2009 bis 15. April 2010 neuerlich Leistungen erbrachte, nichts für sich abzuleiten. Dies gilt umso mehr, als die Leistungseinstellung der Suva nicht in der Annahme eines bis zu diesem Zeitpunkt verbesserten Gesundheitszustandes erfolgte, sondern sie ihre Leistungspflicht grundsätzlich verneinte, ohne aber eine Rückforderung geltend zu machen (vgl. Urteil UV.2010.00257).

Der Vergleich der in den Akten liegenden ärztlichen Beurteilungen zeigt, dass sich diese im Wesentlichen sowohl hinsichtlich der Qualifikation der depressiven Beschwerden als auch hinsichtlich der Diagnose und Bedeutung einer somatoformen Schmerzstörung unterscheiden. Dabei sticht ins Auge, dass sich die Beurteilungen der von den Sozialversicherungen beigezogenen Gutachter Dr. H. ___ vom 14. September 2010 (Urk. 11/34) und Dr. Z. ___ vom 26. November 2010 (Urk. 11/38) im Wesentlichen decken, wobei sie von der jeweiligen Beurteilung des andern aufgrund zeitlicher Überschneidung keine Kenntnis hatten.

Beide kamen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide, die depressive Erkrankung entweder lediglich in Form einer längeren depressiven Reaktion im Sinne von ICD-10 F43.21 oder remittiert vorliege und erhebliche krankheitsfremde Faktoren mitspielten. Dem stehen die Beurteilungen der behandelnden psychiatrischen und psychologischen Fachpersonen gegenüber, welche eine erhebliche (rezidivierende) mittel- bis schwergradige depressive Erkrankung diagnostizierten und die somatoforme Schmerzstörung als nicht gegeben oder nebensächlich beurteilten (vgl. insbesondere Urk. 11/20, 11/49, 11/53, 11/63).

Dies gilt es näher zu beleuchten:

Sowohl das der streitigen Leistungsabweisung zugrunde liegende Gutachten von Dr. Z. ___ als auch dasjenige von Dr. H. ___ wurden in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den medizinischen Akten sowie unter Berücksichtigung der subjektiv geklagten Beschwerden abgegeben (Urk. 11/34 S. 2 ff., 11/38/13 ff.). Die Begutachtung von Dr. Z. ___ erfolgte zudem - anders als sämtliche übrigen ärztlichen Untersuchungen - in Anwesenheit einer Übersetzerin (vgl. Urk. 11/38/7), was angesichts der wiederholt erwähnten sprachlichen Probleme des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 11/17/17, 11/49/1) durchaus bedeutsam ist.

Entgegen der Kritik von Dr. S. ___ (vgl. Urk. 16 S. 1) erweist sich insbesondere die von Dr. Z. ___ in Ziffer 3.1 (Vorbefunde) angeführte Auflistung des von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Aktendossiers als ausführlich und

übersichtlich (Urk. 11/38/13 ff.). Angesichts der eingehenden Anamnese im Gutachten von Dr. Z.____ (Urk. 11/38/10 f.) muss zudem die diesbezügliche Kritik von Dr. S.____ (zum Beispiel betreffend die nicht gestellten Fragen nach dem Fahrausweis oder dem Zeitpunkt der Hirtentätigkeit des Beschwerdeführers, vgl. Urk. 16 S. 2) als spitzfindig und belanglos bezeichnet werden. Dasselbe trifft auf ihre Ausführungen zur angegebenen Gesprächsdauer von 3 Stunden zu (vgl. Urk. 16 S 1), zumal es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens in erster Linie darauf ankommt, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend (Urteil des Bundesgerichts 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3 mit Hinweisen).

Dass sich Dr. Z.____ weder mit Dr. C.____ noch dem Kreisarzt der Suva in Verbindung setzte, steht im Übrigen der Beweiskraft seiner Beurteilung ebenfalls nicht entgegen, liegt doch das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte in seinem Ermessen (Urteil des Bundesgerichts 9C-270/2012 vom 23. Mai 2012 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen; bestätigt mit Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.5).

4.4 Was die Befunderhebung unter Ziffer 3.3 durch Dr. Z.____ und seine im Wesentlichen unter Ziffer 3.5 (Zur Herleitung der psychiatrischen Diagnose) dargelegte medizinische Beurteilung anbelangt, ist dem Beschwerdeführer respektive Dr. S.____ darin zuzustimmen, dass die Systematik den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (SGPP), Bern, Februar 2012, S. 13 (unter <http://www.psychiatrie.ch>) nicht vollständig Rechnung trägt. Dies vermag aber die Beweiskraft des Gutachtens letztlich nicht in Frage zu stellen, erweist es sich doch inhaltlich vollständig und - unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Aktenlage - im Ergebnis schlüssig.

Nachvollziehbar begründet erweist sich dabei - wiederum entgegen der Meinung von Dr. S.____ - die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Dr. Z.____ legte in nachvollziehbarer Weise und unter Einbezug der diagnostischen Kriterien gemäss der klinisch-diagnostischen Leitlinien der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V (F), 7. Auflage, S. 207 f.) deren Entwicklung und den Zusammenhang mit den psychosozialen Faktoren, dem Alkoholkonsum und der Persönlichkeit des Beschwerdeführers dar (vgl. Urk. 11/38/24 ff., 11/38/37).

Seine diesbezügliche Beurteilung deckt sich nicht nur mit derjenigen von Dr. H.____ (Urk. 11/34), sondern korrespondiert auch weitgehend mit der übrigen medizinischen Aktenlage. So wies bereits Dr. F.____ in seinem Zwischenbericht vom 8. September 2009 auf in den letzten Monaten vermehrt aufgetretene diffuse, nicht klar fassbare Schmerzen bei komplexer Vorgeschichte hin (Urk. 11/17/22); Dr. G.____ notierte in seinem Bericht vom 17. September 2009 anamnestisch geklagte Schmerzen im ganzen Körper und erkannte ein vielgestaltiges Schmerzsyndrom bei Verdacht auf eine Somatisierungstendenz (Urk. 11/17/17-20) und in den Berichten der B.____ vom 20. Dezember 2010 (Urk. 11/49) und vom 13. Mai 2011 (Urk. 11/63) findet sich die Diagnose eines nicht näher spezifizierten generalisierten Schmerzsyndroms.

Einzig der behandelnde Psychiater Dr. C.____ erwähnte weder anamnestisch noch im Rahmen der erhobenen Befunde vom Beschwerdeführer geklagte

Schmerzen und stellte keine diesbezügliche Diagnose (Urk. 11/20, 11/53). Angesichts der übrigen medizinischen Beurteilungen sowie der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts I 570/04 vom 21. Februar 2005 E. 5.1 mit Hinweisen), kann auf die diesbezügliche Beurteilung von Dr. C. nicht abgestellt werden. Dasselbe gilt für die Frage nach dem Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1. Einzig Dr. C. stellte eine entsprechende - wenn auch nur differentialdiagnostische - Diagnose, wobei er sie weder mit entsprechenden Befunden noch in Auseinandersetzung mit den diagnostischen Leitlinien gemäss ICD-10 untermauerte (vgl. Urk. 11/20/1). Dagegen erweist sich sowohl die Verneinung einer entsprechenden Diagnose von Dr. H. (vgl. Urk. 11/34/5) als auch diejenige von Dr. Z. (Urk. 11/38/26) als begründet und nachvollziehbar.

4.5 Was sodann die von Dr. C. am 16. Januar 2010 diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.11), anbelangt, erweckt bereits der Umstand, dass er die Diagnose und die damit gemäss seiner Einschätzung einhergehende gänzliche Arbeitsunfähigkeit rückwirkend ab 4. Juni 2009 stellte, obwohl der Beschwerdeführer erst ab 12. Oktober 2009 in seiner Behandlung stand, Zweifel. Weder Dr. Z. noch Dr. H. konnten anlässlich ihrer aktuellen Begutachtungen diese Diagnose bestätigen. Gemäss Befunderhebung und Beurteilung von Dr. Z. war der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 31. März 2010 mehr dysphorisch, weniger depressiv-geädert gewesen. Es sei zu raschen, leicht situativ zu triggern den Wechseln in der Stimmung und im Antrieb gekommen. Imponiert habe eine immer wieder aufkommende Reizbarkeit mit lebhaften Wortwechseln mit seiner Ehefrau. Die von dieser beschriebene zunehmende Aggressivität seit dem Unfall werde vom Beschwerdeführer nicht bestritten.

Die nur leichtgradige Minderung kognitiver, insbesondere mnestischer Funktionen sei erheblich aggraviert erschienen, da in keiner Weise mit dem klinischen Gesamteindruck kongruent. Der Antrieb sei im Längsschnitt der Untersuchung gesehen höchstens leichtgradig reduziert gewesen. Eine Antriebshemmung verneinte Dr. Z. ebenso wie zirkadiane Besonderheiten im Antriebsverhalten oder der Affektivität. Einem offensichtlich vom Beschwerdeführer geschilderten nicht näher datierten Suizidversuch mit Tabletten mass Dr. Z. keine weitere Bedeutung bei (Urk. 11/38/21) und verneinte zumindest aktuell das Vorliegen einer Depressivität.

Gemäss Befunderhebung von Dr. H. vom 3. September 2010 war der Beschwerdeführer stimmungsmässig resigniert, subdepressiv, nicht aber schwermütig geädert und nicht suizidal gewesen. Er habe sogar mehrmals gelacht. Der Beschwerdeführer sei vielmehr auf die Schmerzen fixiert gewesen, habe hypochondrische Befürchtungen gezeigt, eine Schmerzausdehnung und eine Abhängigkeit von seiner Ehefrau. Seine Diagnose einer längeren depressiven Reaktion gemäss ICD-10 F43.21 (Urk. 11/34/7) entspricht einer Anpassungsstörung mit lediglich einem leichten depressiven Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der aber nicht länger als 2 Jahre dauert. Auch Dr. H. konnte damit keine objektiven Befunde erheben, die einer (mindestens) mittelgradigen depressiven Episode entsprechen würden (vgl. ICD-10. S. 149 ff. insbesondere S. 152).

Dr. Z.____ legte in seiner Stellungnahme vom 28. November 2011 sodann überzeugend dar, dass die vom Beschwerdeführer selbst angegebenen respektive demonstrierten Einbussen insbesondere in den mnestischen Funktionen vollkommen diskrepant zu seinem Verhalten in der Begutachtungssituation wie auch im Alltag stehen, weshalb - wie im Gutachten vermerkt (vgl. Urk. 11/38/21) - von Aggravations- und Verdeutlichungstendenzen auszugehen sei (Urk. 11/56/3). Dies wird wiederum bestätigt durch die Einschätzung von Dr. H.____, welcher ebenfalls demonstrative Anteile erkannte (Urk. 11/34/5).

Überzeugend erweist sich das Gutachten von Dr. Z.____ im übrigen auch in seiner Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik sowie deren Zusammenhang mit der Persönlichkeit des Beschwerdeführers und der gegebenen psychosozialen Problematik (vgl. insbesondere Urk. 11/38/25 f.). Auch hier fällt auf, dass - obwohl der Alkoholabusus in den medizinischen Vorakten mehrfach erwähnt respektive diagnostiziert worden war (vgl. unter anderem Urk. 11/20, 11/34/4) - erst Dr. Z.____ sich eingehend damit auseinandersetzte.

Seine Beurteilung erweist sich daher als insgesamt - auch aufgrund deren Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. H.____ - als überzeugend. Aus welchem Grund Dr. Z.____ das Gutachten erst Monate später erstellte, blieb zwar unerklärt, jedoch lässt der Umstand, dass Dr. H.____ aufgrund seiner Begutachtung vom 3. September 2010 zu fast den gleichen Schlüssen gelangte, diesen Mangel als nebensächlich erscheinen.

4.6 Auch der Bericht der psychiatrischen A.____ vom 20. Dezember 2010 (Urk. 11/49/1-4) gibt letztlich zu keiner andern Beurteilung Anlass. Wie Dr. Z.____ in seiner Stellungnahme vom 28. April 2011 richtig erkannte, rechtfertigen sich starke Zweifel an der Beurteilung und Diagnose der A.____. Nicht nur der Einweisungsgrund - ein angeblicher Gedächtnisverlust nach vermehrtem Alkoholabusus im Ausgang (Urk. 11/49/2 oben) -, sondern insbesondere auch der psychopathologische Befund bei der Aufnahme rechtfertigen den Schluss auf eine schwere depressive Episode kaum.

Abgesehen von einer leicht reduzierten emotionalen Schwingungsfähigkeit, leicht eingengtem Denken und geklagten Schlafstörungen sowie einem reduzierten Appetit finden sich darin keine relevanten depressiven Items. Das vom Beschwerdeführer geklagte vermehrte Stimmenhören seit einigen Wochen fand im Befund ebenso wenig einen Niederschlag wie seine demonstrierte Suizidalität. Weder die Medikation vor Antritt des stationären Aufenthalts (vgl. Urk. 11/49/2) noch diejenige während des Aufenthalts respektive nach Austritt (vgl. Urk. 11/49/4) korrespondieren mit Art und Schwere der Diagnosestellung. Aus welchem Grund Dr. C.____ vor Antritt des stationären Aufenthalts trotz von ihm festgestelltem protrahiertem Verlauf von einer antidepressiven Medikation absah, ist dessen Bericht vom 26. Februar 2011 (Urk. 11/53) nicht zu entnehmen. Die medikamentöse Behandlung in der A.____ beschränkte sich sodann in Bezug auf die antidepressive Problematik auf Seroquel 300mg XR einmal täglich und Seroquel 25mg in Reserve (Urk. 11/49/4). Gemäss Fachinformation im Arzneimittelkompendium der Schweiz (vgl. unter: www.kompendium.ch) ist das Medikament indiziert zur Behandlung von Schizophrenien und bei bipolaren Störungen. Bei depressiven Episoden (Episoden einer Major Depression) kann es bei Patienten, die unzureichend auf mindestens eine Monotherapie mit mindestens einem Antidepressivum angesprochen haben, als Zusatztherapie im Sinne einer Augmentationsstrategie nach einer

gemäss gängigen klinischen Guidelines durchgeführt antidepressiven Therapie indiziert sein. Als alleinige antidepressive Medikation zur Behandlung einer Depression ohne Bipolarität ist es nicht vorgesehen, was die Diagnose im Bericht der A.____ vom 20. Dezember 2010 weiter in Zweifel zieht.

Hinzu kommt, dass - wie Dr. Z.____ erkannte (Urk. 11/56 S. 6) - die im Bericht unter Therapie und Verlauf beschriebenen konkreten Einschränkungen primär psychosozialer Natur waren oder mit Schmerzen erklärt wurden. Die unter der diagnostischen Beurteilung angeführten psychischen Einschränkungen (gedrückte Stimmungslage, schwere Antriebsminderung, teilweise aufgehobene Tagesstruktur, Konzentrationsminderung) finden sich darin nicht gespiegelt. Insgesamt lässt sich der Eindruck, dass in die Beurteilung der A.____ (versicherungsrechtliche) Überlegungen zu Gunsten des Beschwerdeführers miteingeflossen sind, nicht verwehren.

Dieser Eindruck wird durch den Austrittsbericht des D.____ vom 13. Mai 2011, in welchem die Diagnose der A.____ im Wesentlichen übernommen, jedoch die schwergradig depressive Symptomatik mit psychotischem Symptom als gegenwärtig mehrheitlich remittiert beurteilt wurde, bestätigt. Auch hier lässt der Eintrittsbefund den Schluss auf eine schwergradig depressive Symptomatik kaum zu. Die Schmerzproblematik wurde als nebensächlich erachtet, obwohl der Beschwerdeführer zumindest ab und zu deswegen gefehlt hatte. Eine Auseinandersetzung hierzu und eine Abgrenzung zur depressiven Thematik finden sich wiederum nicht. Die unter Therapie und Verlauf erwähnten latenten und subakuten Suizidgedanken korrespondieren sodann nicht mit der als im Wesentlichen remittiert beurteilten depressiven Stimmung. Eine Beurteilung und Einreihung derselben findet ebenfalls nicht statt (Urk. 11/63). Insgesamt kann auch auf diesen Bericht nicht abgestellt werden. Die Berichte der B.____ vermögen daher weder die Beurteilungen von Dr. Z.____ und Dr. H.____ in Frage zu stellen, noch die Annahme einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab 20. Dezember 2010 zu rechtfertigen.

Zusammenfassend ist damit gestützt auf die Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. H.____ erstellt, dass der Beschwerdeführer im Wesentlichen an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F.45.4) leidet, welche sich im Anschluss an den Unfall vom 17. Juni 2008 entwickelte. Als überwiegend wahrscheinlich erscheint aufgrund der Aktenlage zudem das Vorliegen einer depressiven Problematik, wobei diese - soweit anhaltend - das Ausmass einer längeren depressiven Reaktion im Sinne von ICD-10 F.45.4 und soweit rezidivierend, dasjenige einer mittelgradigen depressiven Episode nicht überschritt. Ergänzend sei hierzu erwähnt, dass selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines selbständigen Gesundheitsschadens betrachtet werden (Entscheid des Bundesgerichts 8C_213/2012 vom 13. April 2012 E. 3.2) und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit aus objektiver Sicht grundsätzlich als überwindbar zu betrachten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C-736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

Was das von Dr. Burkhardt-Kahlert diagnostizierte Abhängigkeitssyndrom gemäss ICD-10 F10.25 (Urk. 11/38/27) angeht, war dieses gemäss Austrittsbericht des D.____ vom 13. Mai 2011 nicht mehr aktuell.

5.1 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).

5.2 Wie oben dargelegt (E. 4.6), werden rechtsprechungsgemäss mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet. Deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit sind denn auch aus objektiver Sicht grundsätzlich als überwindbar zu betrachten (Urteile des Bundesgerichts 8C_213/2012 vom 13. April 2012 E. 3.2, 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2. mit Hinweisen) und zudem zumindest im hier zu beurteilenden Fall - nicht von genügender Dauer. Die von Dr. H. ___ diagnostizierte längere depressive Reaktion gemäss ICD-10 F43.21 ist gemäss seiner ärztlichen Beurteilung eine reaktive Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung, welcher für die Zumutbarkeit der Leidensüberwindung rechtsprechungsgemäss keine eigenständige Bedeutung im Sinne einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer zukommt (Urteil des Bundesgerichts 9C_749/2010 vom 23. November 2010 E. 4.3.1 mit Hinweisen).

Alkoholismus (wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit) begründet für sich allein ebenfalls keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird er invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 2). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen

Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteile des Bundesgerichts I 758/01 vom 5. November 2002 E. 3.2, und I 390/01 vom 19. Juni 2002 E. 2b). Gemäss Beurteilung von Dr. Z.____ lässt sich eine solche Wechselwirkung nicht erstellen (vgl. Urk. 11/38/25, 11/38/38), auch wird eine solche in keiner der andern medizinischen Unterlagen diskutiert. Ausserdem lagen gemäss Austrittsbericht des D.____ vom 13. Mai 2011 keine Hinweise auf schädlichen Alkoholkonsum mehr vor (Urk. 11/63 S. 5), weshalb die verlangte erhebliche Dauer der Komorbidität entfällt. Unbestrittenermassen ist der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht sodann voll arbeitsfähig; mithin ist das Vorliegen einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung ebenfalls auszuschliessen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar erachtete Dr. H.____ die Schmerzproblematik als progredient und chronifiziert (Urk. 11/34/7); gemäss den Berichten der B.____ hatte sich die Schmerzproblematik aber zumindest nicht verschlechtert (Urk. 11/49 und 11/63/3). Zudem ist das Beschwerdebild in beträchtlichem Ausmass von grundsätzlich invaliditätsfremden und daher auszuklammernden psychosozialen Belastungsfaktoren (Urteil des Bundesgerichts 9C_749/2010 vom 23. November 2010 E. 4.3.1 mit Hinweisen) sowie damit verbundenen emotionalen Konflikten (ungenügende Deutschkenntnisse, Eheprobleme, mässige kulturelle Integration, Fürsorgeabhängigkeit, finanzieller Druck; vgl. dazu unter anderem: Urk. 11/34/5, 11/38/37) beeinflusst.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weitere Faktoren, welche den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess bei Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung ausnahmsweise unzumutbar machen, sind zu verneinen. So kann nach der medizinischen Aktenlage nicht von einer Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten gesprochen werden. Dr. Z.____ schlug unter anderem eine Intensivierung des psychotherapeutischen Rhythmus unter Berücksichtigung der Sucht- und Verhaltensproblematik vor (Urk. 11/38/33). Eine Behandlung basierend auf der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung fand bis anhin überhaupt nicht statt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich liegt kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vor. Gemäss Sozialanamnese im Gutachten von Dr. Z.____ kümmerte sich der Beschwerdeführer zumindest zum Zeitpunkt der Begutachtung am 31. März 2010 teilweise um seine 5 Kinder, begleitete seine Ehefrau manchmal beim Einkaufen und traf sich zeitweilig mit Landsmännern. Wenn er keine Schmerzen habe, grilliere er mit den Kindern oder halte sich mit ihnen im Freien auf (Urk. 11/38/12 f.). Ausgangspunkt der Einweisung in die A.____ am 22. November 2010 war sodann ein übermässiger Alkoholkonsum im Ausgang (vgl. Urk. 11/49/1 f.). Damit kann ebenso wenig die Rede von einem schwerwiegenden, nahezu umfassenden sozialen Rückzug mit gleichsam apathischem Verharren in sozialer Isolierung sein, wie vom Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung, zielten doch die bisherigen therapeutischen Bemühungen allesamt gar nicht auf die Behandlung der somatoformen Schmerzstörung. Hinweise für einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"; vgl. BGE 103 V 352 E. 3.3.2) fehlen ebenfalls.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Schmerzstörung ist mithin als überwindbar zu qualifizieren, so dass es an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden fehlt. Der angefochtene Entscheid erweist sich im Ergebnis als zutreffend. Die Beschwerde ist abzuweisen.

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 in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 123 ZPO hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsdienst Integration Handicap
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.