

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00215 vom 1. Dezember 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-12-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00215](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00215)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00215 du 1 décembre 2005

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00215 del 1 dicembre 2005

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Der 1977 geborene X. war seit November 2002 als Hilfsmonteur für die Y. (heute: T.) tätig (Urk. 10/3 S. 1, Urk. 10/25 S. 2, Urk. 10/29 S. 4). Bei einem Verkehrsunfall vom 8. August 2004, bei dem er als Lenker eines Personenwagens in einem Verkehrskreisel in die Seite eines einbiegenden Wagens fuhr, erlitt er eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS). In der Folge klagte er über Nacken- und Kopfschmerzen, Schwindel, verschwommenes Sehen, schmerzbedingte Schlafstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie psychische Beschwerden (Urk. 10/1 S. 2 f., S. 5 f. und S. 8 f., Urk. 10/2 S. 1). Der Unfallversicherer, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), richtete dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen aus, welche er mit Verfügung vom 20. Juni 2005 (Urk. 10/21), bestätigt mit Einspracheentscheid vom 1. Dezember 2005 (Urk. 10/44 S. 2 ff.), einstellte. Das Arbeitsverhältnis wurde per Ende Juni 2005 aufgelöst (Urk. 10/25 S. 2, Urk. 10/29 S. 2 f.). Seither ist der Versicherte ohne Anstellung.

1.2. Am 7. September 2005 meldete sich der damals im Kanton Z. wohnhafte Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/35). Das Amt für AHV und IV des Kantons Z., IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle Z.), wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 2. Februar 2006 mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ab (Urk. 10/53). Die dagegen erhobene Einsprache (Urk. 10/55, Urk. 10/58) wies die IV-Stelle Z. mit Einspracheentscheid vom 4. September 2006 ab (Urk. 10/60 S. 2 ff.). Auf die dagegen am 5. Oktober 2006 erhobene Beschwerde des mittlerweile in A. wohnhaften Versicherten (Urk. 10/64) trat das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 11. Mai 2007 mangels Zuständigkeit nicht ein und überwies die Streitsache an die zuständige kantonale Instanz (Urk. 10/72 S. 4). Die AHV/IV-Rekurskommission des Kantons Z. trat wegen der nicht geleisteten Kautions mit Präsidialverfügung vom 25. September 2007 auf die Beschwerde nicht ein (Urk. 10/72 S. 5 f.).

1.3. Mit Schreiben vom 19. September 2008 teilte der Versicherte der IV-Stelle Z. mit, dass er am 14. Januar 2008 wiederum ein Schleudertrauma erlitten habe und er ein neues Leistungsbegehren stelle (Urk. 10/77 S. 1). Der Versicherte war am 14. Januar 2008 - drei Wochen nach Rückkehr in die Schweiz (Urk. 10/96 S. 7) - als Beifahrer in einem vor einer Ampel stehenden Personenfahrzeug gesessen, als ein mit etwa 50 km/h heranfahrendes Fahrzeug auffuhr. Die vorbestehenden Kopf- und Nackenbeschwerden exazerbierten in der Folge (Urk. 10/77 S. 4, Urk. 10/91 S. 7). Ausserdem leidet der Versicherte an psychischen Beschwerden, Lärmempfindlichkeit, Seh- und Schlafstörungen sowie gelegentlich an Schwindel (Urk. 10/96 S. 3, Urk. 10/119 S. 11 f.).

Wegen der Wohnsitznahme des Versicherten im Kanton Zürich überwies die IV-Stelle Z. \_\_\_ die Akten mit dem Leistungsgesuch des Versicherten am 3. Oktober 2008 an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle Zürich; Urk. 10/79-80). Diese klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab. Unter anderem liess sie den Bericht von Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 26. März 2010 erstellen, der den Versicherten am 9. Februar 2010 untersucht hatte (Urk. 10/107), und holte das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Juni 2011 ein (Urk. 10/119 S. 7 ff.). Gestützt darauf kündigte die IV-Stelle Zürich mit Vorbescheid vom 23. September 2011 die Abweisung des Rentenbegehrens an (Urk. 10/125). Der Versicherte erhob hiergegen mit Schreiben vom 25. Oktober 2011 Einwände (Urk. 10/128). Mit Verfügung vom 16. Januar 2012 verneinte die IV-Stelle Zürich wie angekündigt einen Rentenanspruch (Urk. 2).

2. Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 15. Februar 2012 Beschwerde und beantragte, es sei ihm in Aufhebung der Verfügung vom 16. Januar 2012 rückwirkend eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen und auszurichten. In prozessualer Hinsicht stellte er den Antrag, es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 21. März 2012 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9 S. 1). In der Replik vom 11. Mai 2012 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 13). Mit Verfügung vom 21. Mai 2012 wurden ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 14 S. 2). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 14. Juni 2012 auf eine Duplik (Urk. 15).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Am 1. Januar 2012 sind die im Rahmen der IV-Revision 6a vorgenommenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 16. Januar 2012 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der IV-Revision 6a am 1. Januar 2012 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2011 auf die damals seit der 5. IV-Revision (ab dem 1. Januar 2008; AS 2007 5129 ff.) geltenden Bestimmungen und ab dem 1. Januar 2012 auf die neuen Normen der IV-Revision 6a abzustellen (vgl. zur 5. IV-Revision: Urteil des Bundesgerichts 8C\_829/2008 23. Dezember 2008 E. 2.1). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der bis zum

31. Dezember 2011 gÄ¼ltig gewesenen Fassung zitiert.

## E. 2

2.1ÄÄÄÄ InvaliditÄ¼t ist die voraussichtlich bleibende oder lÄ¼ngere Zeit dauernde ganze oder teilweise ErwerbsunfÄ¼higkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes Ä¼ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die InvaliditÄ¼t kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). ErwerbsunfÄ¼higkeit ist der durch BeeintrÄ¼chtigung der kÄ¼rperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der ErwerbsmÄ¼glichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). FÄ¼r die Beurteilung des Vorliegens einer ErwerbsunfÄ¼higkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen BeeintrÄ¼chtigung zu berÄ¼cksichtigen. Eine ErwerbsunfÄ¼higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht Ä¼berwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2ÄÄÄÄ Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Bestimmungen geben bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.3ÄÄÄÄ Bei erwerbstÄ¼tigen Versicherten ist der InvaliditÄ¼tsgrad gemÄ¼ss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der InvaliditÄ¼t und nach DurchfÄ¼hrung der medizinischen Behandlung und allfÄ¼lliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare TÄ¼tigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kÄ¼nnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen kÄ¼nnte, wenn sie nicht invalid geworden wÄ¼re (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmÄ¼ssig mÄ¼glichst genau ermittelt und einander gegenÄ¼bergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der InvaliditÄ¼tsgrad bestimmen lÄ¼sst (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.4ÄÄÄÄ War eine Rente wegen eines zu geringen InvaliditÄ¼tsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung (hier vom 19. September 2008; Urk. 10/77) eingetreten (Art. 87 Abs. 4 IVV in der bis Ende 2011 gÄ¼ltig gewesenen Fassung; ab 2012: Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prÄ¼fen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine fÄ¼r den Rentenanspruch relevante Ä¼nderung des InvaliditÄ¼tsgrades erfolgt ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

ÄÄÄÄÄÄ Ä¼ndert sich der InvaliditÄ¼tsgrad einer RentenbezÄ¼gerin oder eines RentenbezÄ¼gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin fÄ¼r die Zukunft entsprechend erhÄ¼ht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Ä¼nderung in den tatsÄ¼chlichen VerhÄ¼ltnissen, die geeignet ist, den InvaliditÄ¼tsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Ä¼nderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verÄ¼ndert

haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

### E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, es sei seit dem Unfall vom 14. Januar 2008 gestützt auf das Gutachten von Dr. K. vom 26. Juni 2011 eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von maximal 30 % anzuerkennen. Damit sei das Wartejahr (gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) nicht erfüllt worden, weshalb kein Rentenanspruch begründet worden sei. In einer leidensangepassten, leichten und wechselbelastenden Tätigkeit sei zudem von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, so dass selbst bei erfüllter Wartezeit ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen hätte erzielt werden können (Urk. 2 S. 1 f.).

3.2 Der Beschwerdeführer wendet dagegen unter anderem unter Verweis auf seine Ausführungen in der Einsprache (Urk. 10/128) ein, es beständen sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen, die eine Erwerbstätigkeit verunmöglichen würden, wie dem fachärztlichen Bericht des E. vom 29. Oktober 2010 (Urk. 10/119) zu entnehmen sei. Dagegen seien die Kritik daran und die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. B., der als Allgemein- und Arbeitsmediziner nicht über die entsprechende fachärztliche Qualifikation verfüge, sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. K. vom 26. Juni 2011 beweisrechtlich nicht verwertbar. Insbesondere erwecke letzterer durch die Verwendung der «Wir-Form» und die Verweise auf das Feststellungsblatt der Beschwerdeführerin den Anschein der Befangenheit. Auch in materieller Hinsicht seien seine Feststellungen nicht überzeugend begründet. Die Beschwerdeführerin habe seinen Gesundheitszustand nicht gehörig abgeklärt. Es bedürfe eines interdisziplinären Gutachtens (Urk. 1 S. 5 ff., Urk. 10/128 S. 2 ff.).

3.3 Die Beschwerdeführerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 19. September 2008 (Urk. 10/77) eingetreten. Das Gericht hat daher in materiellrechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob sich der Invaliditätsgrad seit dem rentenabweisenden Einspracheentscheid der IV-Stelle Z. vom 4. September 2006 (Urk. 10/60 S. 2 ff.; in Rechtskraft erwachsen mit Nichteintretensentscheid der AHV/IV-Rekurskommission des Kantons Z. vom 25. September 2007, Urk. 10/72 S. 5 f.) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. Januar 2012 (Urk. 2) in leistungsbegründendem Ausmass verändert hat. Die angefochtene Verfügung bildet dabei rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Äusserungsbefugnis (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, BGE 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis). Ohne weiteres ist davon auszugehen, dass sich in erwerblicher Hinsicht keine Veränderung ergeben hat.

Denn der Beschwerdeführer ist seit dem ersten Unfall vom 6. August 2004 (Urk. 10/25 S. 2) keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen (Urk. 10/89 S. 2). Zu prüfen ist daher einzig, ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

Zufolge der Neuanschätzung vom 19. September 2008 (Urk. 10/77) ist zu beachten, dass ein allfälliger Rentenbeginn in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG jedenfalls nicht vor Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs bei der Invalidenversicherung (Art. 29 Abs. 1 ATSG), mithin nicht vor dem 1. März 2009 in Frage kommt (vgl. BGE 138 V 475).

#### E. 4

Im letzten rentenabweisenden Entscheid vom 4. September 2006 (Urk. 10/60) war die IV-Stelle Z.\_\_\_\_ davon ausgegangen, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Plattenleger nicht mehr zumutbar sei. Der Kreisarzt der Suva habe am 21. April 2005 erklärt, dass bis auf subjektive Restbeschwerden keine Unfallfolgen feststellbar seien (Urk. 10/19 S. 2). Gestützt auf den Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ vom 8. März 2005 (Urk. 10/1 S. 2 ff.) sei jedoch von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne wiederholte Überkopparbeiten oder Zwangspositionen des Kopfes auszugehen. In psychischer Hinsicht liege danach eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) bei psychosozialer Belastung (Unfall, drohende Ausweisung) vor. Diese Diagnose sei vom Externen Psychiatrischen Dienst G.\_\_\_\_ gemäss dem Bericht vom 8. Oktober 2005 (Urk. 10/49) bestätigt worden. Gleichzeitig sei festgehalten worden, dass diese Diagnose als solche keine Arbeitsunfähigkeit auszulösen vermöge. Insgesamt ergebe sich daher, dass kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (Urk. 10/60 S. 5 f.).

Die Beschwerdeführer haben geltend gemacht, dass die IV-Stelle Z.\_\_\_\_

Die Beschwerdeführer haben geltend gemacht, dass die IV-Stelle Z.\_\_\_\_ die Beschwerdeführer hatte gegenüber den Ärzten der F.\_\_\_\_ gemäss dem Bericht vom 8. März 2005 als Folge des Verkehrsunfalles vom 8. August 2004, bei dem er eine Distorsion/Kontusion des cervikothorakalen Übergangs erlitten hatte (vgl. Bericht des H.\_\_\_\_ vom 11. August 2004 zur Erstbehandlung vom 9. August 2004, Urk. 10/2 S. 1), über Nacken- und Kopfschmerzen, Schmerzen der Brustwirbelsäule (BWS), Schwindel, verschwommenes Sehen, Lärmempfindlichkeit, schmerzbedingte Schlafstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie psychische Beschwerden geklagt (Urk. 10/1 S. 2 f., S. 5 und S. 8 f.). Es wurden die Diagnosen eines cerviko-okzipitalen und cerviko-thorakalen Schmerzsyndroms mit Steifhaltung des Nackens und des Kopfes sowie einer allgemeinen Schonhaltung und eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) bei psychosozialer Belastung (Unfall, drohende Ausweisung) gestellt. Die HWS-Belastbarkeit mit Schonhaltung sei schmerzbedingt vermindert und es beständen psychische Einschränkungen im Zusammenhang mit der festgestellten Anpassungsstörung und der längeren depressiven Reaktion. Aufgrund der Testresultate in der Physiotherapie seien deutliche Hinweise für selbstlimitierendes Verhalten festzustellen (Urk. 10/1 S. 2 f.). Organische Unfallverletzungen und ein objektivierbares Korrelat zu den geklagten Beschwerden wurden keine festgestellt (Urk. 10/1 S. 1, S. 3, Urk. 10/2 S. 1, Urk. 10/19 S. 2, Urk. 10/7 S. 1, Urk. 10/8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von dieser Sachlage, wie im Einspracheentscheid vom 4. September 2006 dargestellt (Urk. 10/60), ist als Vergleichsbasis auszugehen.

#### 4.2 Ä Ä Ä

4.2.1 Ä Ä Der Beschwerdeführer machte in der Neuanmeldung vom 19. September 2008 ein neu erlittenes HWS-Schleudertrauma mit einer von seinem Hausarzt pract. med. I. \_\_\_\_, praktischer Arzt, attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. dessen Bericht vom 3. April 2008, Urk. 10/77 S. 4) geltend (Urk. 10/77 S. 1). Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall vom 14. Januar 2008 - wie schon beim ersten Unfall im Jahr 2004 (Urk. 10/2 S. 1) - erneut eine HWS-Distorsion ohne weitere Verletzungen (Urk. 10/77 S. 4, Urk. 10/91 S. 7, Urk. 10/96 S. 10). Gemäss dem Bericht des Spitals J. \_\_\_\_, vom 7. Mai 2008 bezüglich der Erstbehandlung nach dem Unfall am 14. Januar 2008 versparte der Beschwerdeführer unmittelbar im Anschluss an den Auffahrunfall leichtgradige Nackenschmerzen. Das Röntgenbild der HWS zeigte keine ossären Läsionen (Urk. 10/96 S. 10). Gemäss dem Bericht der K. \_\_\_\_ des M. \_\_\_\_ vom 14. Januar 2009 seien die Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf nach Angaben des Beschwerdeführers konstant bis zum zweiten Unfall persistiert mit durchschnittlicher Schmerzintensität 5 bis 6 (minimal 5, maximal 7/8). Der zweite Unfall habe die Beschwerden gleicher Lokalisation sofort verstärkt mit Schmerzintensität in der Folge bis zur Zeit der Untersuchung vom 13. Januar 2009, mithin ein Jahr nach dem Unfall, im Bereich von 8 bis 10 (durchschnittlich 9). Zusätzlich seien eine depressive Stimmungslage, starke Müdigkeit und Konzentrationstörungen geklagt worden (Urk. 10/89 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes nach dem 14. Januar 2008 ausgewiesen, die indes allein auf den subjektiven Angaben und dem Schmerzempfinden des Beschwerdeführers beruht und für sich keine Aussage über die (anspruchsrelevante) Erheblichkeit in Bezug auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zulässt. Denn die Rechtsprechung geht in Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten davon aus, dass die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (vollständigen oder teilweisen) Arbeitsunfähigkeit allein nicht genügen; vielmehr muss im Rahmen der Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Die Schmerzangaben müssen zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfbarkeit zugänglich sein (BGE 130 V 396 E. 5.3.2, 136 V 279 E. 3.2, je mit Hinweisen). Vorbehalten bleibt der Tatbestand, dass somatisch nicht begründbare Schmerzsyndrome mit psychischen Befunden vergesellschaftet sind, die für sich oder im Verein mit den - subjektiv erlebten - Schmerzen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts I 382/00 vom 9. Oktober 2001 E. 2b und I 353/03 vom 16. Dezember 2003 E. 3.4.3; vgl. dazu Erwägung 4.3 hernach).

4.2.2 Ä Ä Auch zufolge des zweiten Unfalls fand sich kein objektivierbares organisches Korrelat zu den geklagten Beschwerden. Gemäss dem Bericht der N. \_\_\_\_ vom 30. Juli 2008 war der Befund der Magnetresonanztomographie (MRT) vom 24. Juni 2008 mit minimaler Bandscheibendegeneration in den Segmenten C4/5, C5/6, C6/7 mit leichter Höhenminderung, jedoch ohne Neurokompression altersentsprechend und die Funktionsaufnahmen vom 20. Mai 2008 ohne Instabilitätszeichen (Urk. 10/91 S. 7). Die Ärzte des M. \_\_\_\_ erklärten dazu im Bericht vom 14. Januar 2009, das Röntgenbild der HWS vom Januar 2008 zeige keinerlei pathologische Veränderungen. Der

Beschwerdeführer lasse bei der klinischen Untersuchung nur eine mässige Beweglichkeit der HWS zu unter Angabe von starken Endphasenschmerzen. Objektiv fände sich jedoch keinerlei muskulärer Hartspann, weder im Nacken-/Schultergebiet noch cerviko-okzipital. Auch beständen neurologisch und im Bereich der oberen Extremitäten keine Pathologien. Insgesamt fände sich aus rheumatologischer Sicht kein Korrelat für die starken Nackenbeschwerden. Es lasse sich mangels muskulärer Verspannungen und Myogelosen auch kein cervikovertebrales Syndrom diagnostizieren. Auffallend sei indes die depressive Stimmungslage (Urk. 10/89 S. 3). Auch die neurologische Untersuchung von Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 19. Februar 2009 ergab einen unauffälligen Befund ohne neurologische Auffälle und mit normalem Elektroencephalographie-(EEG)-Ergebnis. Dennoch hielt Dr. O.\_\_\_\_ fest, er könne aufgrund der geklagten Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, welche bereits seit dem ersten Unfall beständen, eine minimale Hirnschädigung nicht ausschliessen (Urk. 10/92 S. 7 f.). Eine solche spezifische zusätzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes respektive Verletzung seit September 2006 (Urk. 10/60) ist damit indes nicht anzunehmen, zumal beim und nach dem zweiten Unfall keine Nausea, Emesis oder Amnesie eingetreten war (Urk. 10/96 S. 14), wobei auch beim ersten Unfall nichts dergleichen festgehalten worden war (Urk. 10/2). Die vom Beschwerdeführer nach dem ersten und dem zweiten Unfall gleichermaßen geklagten Beschwerden sind zudem allesamt typisch für ein HWS-Schleudertrauma (oder einen äquivalenten Verletzungsmechanismus; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; BGE 117 V 359 E. 4b). Schliesslich führten auch die Fachärzte (der Orthopädie, der orthopädischen Chirurgie, der Anästhesiologie, der Physikalischen Medizin und der Psychiatrie) des E.\_\_\_\_ im Bericht vom 29. Oktober 2010 (Urk. 10/119 S. 35 ff.) keine anderen organisch objektivierbaren Befunde auf, welche mit den seit dem ersten Unfall im Jahr 2004 bestehenden und durch den zweiten Unfall Anfang 2008 als verstärkt angegebenen Beschwerden korrelieren würden. Selbst muskuläre massive Hartspannveränderungen konnten keine festgestellt werden. Die in der interdisziplinären Konsensbeurteilung attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit wurde entsprechend mit den psychischen Beschwerden und der Schmerzstellung begründet (Urk. 10/119 S. 37 f.). In somatischer Hinsicht sind die geklagten Beschwerden vor diesem Hintergrund - soweit also nicht psychisch überlagert und mit der Zeit gänzlich verselbständigt psychisch bedingt - allein auf ein HWS-Schleudertrauma zurückzuführen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In psychischer Hinsicht stellten sodann sowohl med. pract. P.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom R.\_\_\_\_, gemäss den Berichten vom 31. Dezember 2008 (Urk. 10/92 S. 18), vom 25. Mai 2009 (Urk. 10/93 S. 6), vom 19. April 2010 (Urk. 10/111 S. 6) und vom 10. Mai 2010 (Urk. 10/111 S. 1) als auch der psychiatrische Gutachter Dr. K.\_\_\_\_ gemäss dem Gutachten vom 26. Juni 2011 (Urk. 10/119 S. 27) die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstellung (ICD-10 F45.4) mit Entwicklung ab August 2004.

4.2.2.2 Ä Ä Bei dieser Ausgangslage rechtfertigt es sich, die (hernach zitierte) Rechtsprechung zu pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage anzuwenden, nach welcher die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit in solchen Fällen nur ausnahmsweise bei Vorliegen bestimmter Kriterien in erheblicher quantitativer oder/und qualitativer Ausprägung gerechtfertigt ist.

Dabei ist es unerheblich, ob die Beschwerden letztlich der Diagnose einer HWS-Distorsion oder jener einer somatoformen Schmerzstörung zuzuordnen sind, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

### **E. 4.3**

4.3.1.1 Das Bundesgericht hat in BGE 136 V 279 entschieden, es sei aus Gründen der Rechtsgleichheit geboten, sämtliche pathogenetisch-etiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen. Daher rechtfertigt es sich, die in BGE 130 V 352 im Zusammenhang mit somatoformer Schmerzstörung entwickelten Kriterien zur Beurteilung der Zumutbarkeit eines Wiedereinstieges in den Arbeitsprozess auch bei einer spezifischen Verletzung der Halswirbelsäule (HWS) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle analog anzuwenden (BGE 136 V 279 E. 3.2.3). Nach BGE 130 V 352 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 länger dauernde 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 E. 2.2.3; vgl. auch BGE 136 V 279 E. 3.2.1 und 137 V 64 E. 4.1-2; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C\_103/2011 vom 1. Juni 2011 E. 2). Die Prüfung schliesst die Beurteilung der Frage ein, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_302/2012 vom 13. August 2012 E. 4.2.2 mit Hinweisen [nicht publ. in: BGE 138 V 339]).

4.3.2.1 Entscheidend ist bei den hier gegebenen Diagnosen somit, ob und inwiefern der Beschwerdeführer über psychische Ressourcen verfügt(e), die es ihm erlauben, trotz den subjektiv erlebten Beschwerden einer Arbeit nachzugehen (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.4; 127 V 294 E. 4b/cc in fine und E. 5a unten). Dabei gilt auch hier in erster Linie die Vermutung der Überwindbarkeit der Schmerzstörung respektive des unklaren syndromalen Beschwerdebildes, was im Folgenden anhand der genannten Kriterien zu prüfen ist.

### **E. 4.4**



hauptsächlich nützlich erachtete konsequente antidepressive Psychopharmakotherapie (Urk. 10/92 S. 19 f.), wonach eine Steigerung der bisherigen Dosierung zu erwarten gewesen wäre, - soweit ersichtlich - nicht durchgeführt. Diese Behandlung ist gemäss dem R.-Bericht vom 19. April 2010 nicht erfolgt, weil dem Beschwerdeführer der Besuch des Programms (im R. in S.) aufgrund seiner starken Einschränkungen nicht möglich gewesen sei. Besuche im R. habe er nur in Begleitung seiner Ehefrau wahrnehmen können. Ein Versuch, allein anzureisen, sei wegen der schmerzbedingten Konzentrationsstörungen gescheitert (Urk. 10/111 S. 6). Es blieb in der Folge im Wesentlichen bei der Vorabklärung (Urk. 10/93 S. 8, Urk. 10/111 S. 6 f., Urk. 10/119 S. 36), ohne dass - soweit aktenkundig - weitere Massnahmen, etwa eine stationäre oder ambulante psychiatrische Behandlung in Wohnnähe durchgeführt worden wären; dies obwohl seit der Vorabklärung Ende 2009 bereits über ein Jahr vergangen war und obwohl die Besuche beim Hausarzt in T. zur Behandlung mit Gesprächen und Medikamenten alle zwei bis drei Wochen ihm offenbar möglich waren (vgl. Bericht von Dr. I. vom 16. April 2009, Urk. 10/92 S. 3), der nicht sehr viel näher beim Wohnort des Beschwerdeführers in U. stationiert ist als das R. in S.

4.4.3.3 Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf das detailliert ausgearbeitete und umfassende psychiatrische Gutachten von Dr. K. vom 26. Juni 2011 abstellte, der zum Schluss kam, die im R. gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2), bestehend seit 2004, sei nicht nachvollziehbar (Urk. 10/119 S. 25). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 10/128 S. 6) sind dessen Ausführungen verstündlich und keinesfalls diffus. Dr. K. weist zu Recht darauf hin, dass die in den R.-Berichten aufgeführten psychopathologischen Befunde (Urk. 10/93 S. 7 f.) die gestellte Diagnose nicht zu stützen vermöchten (Urk. 10/119 S. 17 f. und S. 25). Und zwar lassen sich von diesen von Dr. K. hervorgehobenen Befunden insbesondere das aktive Spontanverhalten, die affektiv adäquate Kontrolle und die inhaltliche Zentrierung auf das Problem nicht mit einer schweren depressiven Störung vereinbaren. Weiter hebt Dr. K. die R.-Befunde bewusstseinsklar und allseits orientiert; in der emotionalen Kontaktaufnahme abwartend und keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen sowie keine aktuelle Suizidalität hervor (Urk. 10/119 S. 17). Ebenfalls einleuchtend bemängelt Dr. K., dass eine schwere depressive Episode mit einer Dauer seit 2004 nicht vereinbar sei und die psychopharmakologische Behandlung lediglich mit Tryptizol von 25 mg zum Abend (vgl. dazu auch die Erwägungen 4.4.2 hiervor) eine Verifizierung einer solch therapieresistenten Depression nicht zuliesse (Urk. 10/119 S. 25). Durch die Behandlung eine Diagnose zu verifizieren, ist - entgegen dem Vorhalt des Beschwerdeführers - in der Medizin nicht ungewöhnlich. Man denke etwa an diagnostische Infiltrationen. Ebenfalls zutreffend bemerkt Dr. K. sodann, dass die Folgeberichte von med. pract. P. respektive des R. jeweils im Wesentlichen denselben Inhalt hätten, obwohl dazwischen Monate lagen (Urk. 10/119 S. 18 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch seine eigenen Feststellungen führt Dr. K. nachvollziehbar aus, indem er festhält, objektivierend sei mehr eine dysphorische Stimmungslage auszumachen, der Beschwerdeführer sei bedrückt, dabei aber nicht zum depressiven Pol hin ausgelenkt. Er scheine eher resigniert, eigentlich missmutig, fatalistisch und immer wieder vorwurflich (Urk. 10/119 S. 22). Die Darstellung und Präsentation des Beschwerdebildes sei inadäquat und durch erhebliche Aggravations- und

Verdeutlichungstendenzen gekennzeichnet, wobei selbst Simulation (etwa bei Orientierungs- und mnestischen Prüfungen) nicht vollständig ausgeschlossen werden könnten. Das persönliche Krankheitsmodell sei vollständig somatisch orientiert. Die Compliance für eine wirkliche psychotherapeutische Fachbehandlung lege artis sei schlecht. Die Chronifizierung durch eine früh einsetzende Vermeidung und Identifizierung mit der selbst zugeschriebenen Invalidenrolle sei massiv und subjektiv verfestigt (Urk. 10/119 S. 23). Von dieser Einschätzung ist auszugehen.

Die Rügen des Beschwerdeführers, die Feststellungen zur Aggravation würden sich nur auf die somatischen Beschwerden beziehen, seien von Dr. K. nicht begründet und von diesem bei einem subjektiven Eindruck belassen worden (Urk. 10/128 S. 5 f.), gehen fehl. Dr. K. nennt explizit die Orientierungs- und mnestische Testung. Ausserdem ist es gerade Aufgabe eines Gutachters, das Verhalten eines zu Begutachtenden aufgrund seiner Erfahrung und fachlichen Einschätzung kritisch zu würdigen. Anzuführen ist dazu im Übrigen, dass es sich bei einer durch Aggravation begründeten Leistungseinschränkung jedenfalls nicht um eine versicherte Gesundheitsschädigung handelt, sondern um einen invaliditätsfremden Faktor, welcher bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit unberücksichtigt bleibt (Urteil des Bundesgerichts I 657/05 vom 30. Januar 2006 E. 2.1 mit Hinweisen).

4.4.4 Gestützt auf die Einschätzung von Dr. K., die sich im Übrigen mit dem - wenn auch nicht fachärztlichen, aber dennoch im Sinne eines Hinweises verwendbaren - Eindruck von Dr. B. aufgrund der Untersuchung vom 9. Februar 2010 deckt (Urk. 10/107 S. 4 f.), ist nach dem Gesagten davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer nebst der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) respektive dem Schleudertrauma keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vorlag.

Im Übrigen ist das Gutachten von Dr. K., das alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) erfüllt, auch in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden. Ausserdem hat das Bundesgericht im Urteil 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011, publiziert unter BGE 137 V 210, E. 1.3.4 und E. 1.4, erneut bestätigt, dass sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Sachverständigengutachten, der freien Beweiswürdigung unterliegen (Art. 61 lit. c ATSG), was bei überzeugendem Beweisergebnis seit jeher erlaubt, dass das angerufene Gericht für seine Beurteilung abschliessend auf die im Administrativverfahren eingeholten medizinischen Berichte und Sachverständigengutachten abstellt (BGE 104 V 209, bestätigt in BGE 122 V 157).

Die Rügen des Beschwerdeführers, die Verwendung der Wir-Form im Gutachten von Dr. K. und die Verweise auf das Feststellungsblatt der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 5 und S. 7, Urk. 10/128 S. 4 f.), vermögen dessen Beweiswert nicht zu schmälern. Insbesondere ist darin kein Anschein der Befangenheit von Dr. K. zu sehen, der lediglich gewissenhaft die ihm zur Verfügung gestellten Akten, bei denen sich auch das (damals noch anders datierte) Feststellungsblatt befand, aufführte (Urk. 10/119 S. 19), ohne davon seine eigene Beurteilung abhängig zu machen. Ebenfalls ohne Hinweis auf Befangenheit dokumentierte er ausserdem sachlich das Ergebnis der Untersuchung von Dr. B. im Vergleich mit der eigenen psychiatrischen Einschätzung (Urk. 10/119 S. 29 f.). Die Verwendung der Wir-Form sodann lässt eher

auf den Beizug eines - wenn auch nicht namentlich genannten - Supervisors oder einen Fachkollegen schliessen, als - wie vom Beschwerdeführer vermutet - auf den Versuch von Dr. K.\_\_\_\_, seinem Gutachten dadurch mehr Gewicht zu verleihen. Diese Frage muss indes nicht geklärt werden, da letztlich die Aussage zählt und die These des Beschwerdeführers unwahrscheinlich ist.

4.5 Auch die weiteren Faktoren sind insgesamt nicht in qualifizierter Weise erfüllt. So leidet der Beschwerdeführer nicht an einer chronischen somatischen Erkrankung, wobei als chronische körperliche Begleiterkrankung nicht gerade jenes Leiden - hier das cervikozephal betonte Schmerzsyndrom mit vegetativen Störungen respektive die somatoforme Schmerzstörung - gelten kann, welches die (nicht objektivierbaren) Beschwerden aufrechterhält (Urteil des Bundesgerichts 9C\_709/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 4.1.4 in fine mit Hinweis). Zu verneinen ist weiter das Kriterium des (qualifizierten) Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung. Auch wenn von einer Chronifizierung des Leidens auszugehen ist, kann nicht von einer erfolglosen Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten gesprochen werden. Zwar wurden auch nach dem zweiten Unfall Behandlungen durchgeführt. Wie aus der Erwägung 4.4.2 hervor hervorgeht, waren und sind weitere Therapieoptionen hingegen gegeben. Diesbezüglich ist Dr. K.\_\_\_\_ zuzustimmen, der eine Verbesserung des Behandlungsregims indiziert sieht. Auch sei von einer Verschlankung und wirklich rationell durchdachten psychopharmakologischen und analgetischen Behandlung eine Verbesserung zu erwarten. Diese sei mit einer Fachpsychotherapie zu flankieren. Körperlich aktivierende Massnahmen sodann hätten einen beträchtlichen Stellenwert bei der Gesamtbehandlung. Schliesslich könne auch eine stationäre rehabilitative Behandlung indiziert sein, wenn das vorgeschlagene ambulante Prozedere ins Stocken gerate (Urk. 10/119 S. 31).

Auch ein primärer Krankheitsgewinn mit therapeutisch nicht mehr beeinflussbarem innerseelischem Verlauf ist nicht auszumachen, nachdem eine (psychiatrische/psychotherapeutische und schmerztherapeutische) Therapie insbesondere nach dem zweiten Unfall noch nicht konsequent verfolgt worden ist. Dr. K.\_\_\_\_ führte zudem massgeblich aus, der Beschwerdeführer habe sich sehr früh mit der Rolle eines Invaliden identifiziert, dem praktisch gar keine Leistungen mehr möglich seien. In der Folge habe er all seine Angelegenheiten an seine Ehefrau delegiert. Ein derart selbst inszenierter Rückzug ins Symptomerleben gebe dem Betroffenen oft eine Sonderstellung in der Familie und führe zu pathologischen Entwicklungen der Familienstruktur (Symptom-Pflege-Familie). So würden auch beim Beschwerdeführer dysfunktionale kognitive Funktionen und ein sekundärer Krankheitsgewinn ineinandergreifen. Entstanden sei ein erhebliches Vermeidungsverhalten mit einer Selbstbeschränkung von an sich noch vorhandenen sozialen und beruflichen Fertigkeiten (Urk. 10/119 S. 26).

Das Kriterium des sozialen Rückzugs schliesslich bezieht sich nicht auf alle Belange des Lebens und ist daher in der Gesamtbetrachtung allein nicht relevant. Der Beschwerdeführer gab gegenüber Dr. K.\_\_\_\_ an, ganz im Vordergrund ständen die Kopfschmerzen, welche bereits bei kleineren Anstrengungen wie dem Laufen verstärkt würden, und er leide vor allem an seiner grossen Lärmempfindlichkeit. Dadurch würden der Tagesablauf, der sich hauptsächlich in der Wohnung mit Rauchen, Hinlegen, wenigen Haushaltsverrichtungen und seltenen Spaziergängen abspiele, und das

Schlafverhalten (zwei bis drei Stunden pro Nacht) beeinflusst (Urk. 10/119 S. 11). Zwar beschränkt sich der soziale Kontakt des Beschwerdeführers damit weitgehend auf seine Familienangehörigen. Dies genügt indes nicht, um insgesamt die Vermutung der Arbeitsfähigkeit zu widerlegen und von einer ausnahmsweisen Unzumutbarkeit der Überwindung der (somatisch unspezifischen) Leiden auszugehen. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist damit zu verneinen. Von weiteren Beweissmassnahmen ist kein weiterer/anderer Erkenntnisgewinn zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist.

4.6. Soweit Dr. K. im Gutachten vom 26. Juni 2011 zum Schluss kommt, bei der (vor dem Hintergrund einer akzentuierten Persönlichkeit mit selbstunsicheren und abhängigen Zügen (ICD-10 F73.1) sich entwickelten) anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; Urk. 10/119 S. 27) sei in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 10/119 S. 29 f.), ist ihm somit zu folgen. Hinsichtlich seiner Einschätzung, in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsmonteur respektive in Tätigkeiten mit psychosozialen und Zeitdruck, auf Gerüsten und mit potentiell gefährlichen Maschinen sei die Arbeitsfähigkeit wegen des geringgradig eingeschränkten Konzentrations- und Reaktionsvermögens sowie der geringgradig eingeschränkten Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit zu 30 % eingeschränkt, geht das oben ausgeführte (Erwägung 4.3-5) hingegen vor. Dies umso mehr als eine solche Einschränkung - wie Dr. K. explizit betont (Urk. 10/119 S. 30) - nicht durch eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem begründet ist, was rechtsprechungsgemäss Voraussetzung zur Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens bildet (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6).

4.7. Somit liegt beim Beschwerdeführer kein Ausnahmefall vor, der infolge Unüberwindbarkeit der Schmerzen zu Leistungen der Invalidenversicherung führen würde. Es ist daher von einem nicht invalidisierenden Schmerzsyndrom auszugehen. Folglich ist auch keine massgebliche gesundheitliche Veränderung seit dem Einspracheentscheid vom 4. September 2006 (Urk. 10/60) gegeben, die eine Neubeurteilung des Invaliditätsgrades rechtfertigen würde.

Die Beschwerdegegnerin wies das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 16. Januar 2012 (Urk. 2) folglich zu Recht ab. Die Beschwerde ist abzuweisen.

5. Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher 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. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge der gewählten unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Staatskasse zu nehmen.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier, ist für das vorliegende Verfahren nach Massgabe von Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen

sowie unter Berücksichtigung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- und der eingereichten Honorarnote vom 5. März 2012, mit welcher ein Aufwand von 9,5 Stunden und von Fr. 76.-- Barauslagen ausgewiesen wird (Urk. 18), mit Fr. 2'134.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier, Zürich, wird mit Fr. 2'134.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.