

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2001.00759 vom 11. September 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-09-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2001.00759

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2001.00759 du 11 septembre 2003

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2001.00759 del 11 settembre 2003

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1943 in Ex-Jugoslawien geborene, 1968/1973 in die Schweiz eingereiste und hierzulande im November 1999 eingebürgerte M. absolvierte im Anschluss an die 8-jährige Grundschulausbildung (Primar- und Realschule) eine 3-jährige Lehre als Textilmaschinist. Nach mehrjähriger Maschinistentätigkeit arbeitete er von 1992 bis 1994 als Lagerist, bevor er per 1. Januar 1995 zur A. AG wechselte, wo er im Bereich Weiterverarbeitung (Bedienung des Sammelhefters) beschäftigt war (vgl. Urk. 7/30; Urk. 7/34; Urk. 7/38-39; Urk. 7/40/79).

E. 1.2

1.2.1. Am 30. Juni 1997 erstattete die Arbeitgeberin dem zuständigen Unfallversicherer, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Meldung, dass M. von einer Zecke gebissen worden sei, wobei zum Hergang angegeben wurde: «Unfalldatum unbekannt», «Festgestellt am 11.06.97», «Vermutlich in der Umgebung seines Wohnortes» (Urk. 7/40/1).

1.2.2. Am 16. Juni 1997 suchte M. Dr. med. B., Arzt für Allgemeine Medizin, auf, der zwei Krusten okzipital sowie einen Status nach Kontusion okzipital feststellte und einen möglicherweise beginnenden grippalen Infekt diagnostizierte (Urk. 7/40/2). Anschliessend begab er sich zu den Dres. med. C., Spezialärzte für Innere Medizin, in Behandlung, welche eine Kruste ohne Zeckenreste in loco erhoben und diese auf einen ungefähren am 13. Juni 1997 erfolgten Zeckenbiss im Nacken zurückführten; angesichts eines in der Folge serologisch nachgewiesenen erhöhten Borrelia burgdorferi-Titers (IgG-Titer: 128 am 16. Juni 1997, 256 am 9. August 1997 und 512 am 3. Oktober 1997; IgM-Titer: mit einem Wert von 32 jeweils negativ) und einschlägiger Beschwerden (Kopfschmerzen, Kraftlosigkeit, Parästhesien in Armen und Beinen, Nackensteife, ausgeprägte Müdigkeit, unspezifische Beschwerden) wurde eine Tetracyclin-Therapie (Doxysol) verordnet (Urk. 7/40/5-6).

Nach einer anscheinenden Besserung klagte M. im September 1997 erneut über Müdigkeit, schwere Hände und Füsse, Kraftlosigkeit und Gelenkschmerzen, worauf vom 27. Oktober bis zum 3. November 1997 eine stationäre poliklinische Abklärung im Kantonsspital Winterthur (KSW), Departement Innere Medizin, erfolgte. Dort wurden ein dekompenzierter Strabismus divergens concomitans (ICD-9 368.2), Finger-Polyarthrosen (ICD-9 715.1) und Spreizfüsse (ICD-9 734) diagnostiziert; Hinweise auf eine aktive Lyme-Borreliose oder eine entzündliche Gelenkerkrankung wurden angesichts serologisch rückläufiger IgG-Titer gegen Borrelia burgdorferi und laborchemisch nicht nachweisbarer IgM-Fractionen, aufgrund fehlender Anhaltspunkte für eine

Neuro-Borreliose oder eine Lyme-Arthritis sowie zufolge eines intakten Neurostatus und einer zellfreien Lumbalpunktion verneint (Urk. 7/40/11; Urk. 7/40/14; Urk. 7/40/29-30). Nach weiteren ophthalmologischen Abklärungen im Augenambulatorium des KSW wurde im März 1998 eine vorwiegend nah dekompenzierte, im Verlauf regrediente Exophorie diagnostiziert, wobei das Bild als zu einer Borrelien-Affektion "eigentlich gut passen[d]" bezeichnet wurde (Urk. 7/40/15). Dr. med. D.____, Spezialärztin für Ophthalmologie, SUVA-Ärzteteam Unfallmedizin, "____", verneinte in ihrer diesbezüglichen Beurteilung vom 20. Januar 1999 dann aber das Vorliegen einer aktiven Borreliose und führte die Beschwerden ophthalmologisch auf eine angeborene Störung des binokularen Sehens zurück (Urk. 7/40/33).

Von Anfang Juli bis Anfang Oktober 1998 wurde M.____ von Dr. med. E.____, Facharzt für Innere Medizin, "____", ambulant abgeklärt. Dieser äusserte den dringenden Verdacht auf eine Lyme-Borreliose Stadium II mit Beteiligung des Zentralen Nervensystems und des Bewegungsapparats (vorwiegend in Form von Periarthralgien/-arthritiden). Er stellte die Diagnose einer Finger-Polyarthrose sowie eines Zervikal-Syndroms und verordnete aufgrund der seiner Ansicht nach "noch floriden" Borreliose-Erkrankung die Durchführung einer Rocephin-Therapie (Urk. 7/40/22-23). Unter dieser am 16. Dezember 1998 abgeschlossenen Behandlung war dann zwar ein Rückgang der Kopfschmerzen zu verzeichnen, doch hielten die generalisierten Weichteilschmerzen mit verminderter Muskelkraft weiterhin an ("Arthralgien/Periarthralgien" mit "fibromyalgieformen Zügen"; "Myotendinitiden"; Urk. 7/40/35; Urk. 7/40/43; Urk. 7/40/45; Urk. 7/40/53). In seinen Beurteilungen vom 26. Juli 1999 (Urk. 7/40/45) und vom 3. Februar 2000 (Urk. 7/40/53) bezeichnete Dr. E.____ die Diagnose einer Lyme-Borreliose angesichts des Umstands, dass die durchgeführte Rocephin-Therapie (noch) nicht den erwarteten Erfolg gezeitigt habe, als (einstweilen) zweifelhaft beziehungsweise ungesichert.

1.2.3.4. Nachdem die SUVA zunächst mit Mitteilung vom 20. November 1997 (Urk. 7/40/13) ihre Leistungspflicht negiert hatte, verneinte sie mit Verfügung vom 17. Mai 2000 (Urk. 7/40/58) einen Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen, wogegen von M.____ und der Helsana Versicherungen AG als mitbetroffenem Versicherungsträger Einsprachen erhoben wurden (Urk. 7/40/59; Urk. 7/40/61-62).

Nach ergänzender Einholung des Berichts von Dr. E.____ vom 30. August 2000 (Urk. 7/40/66) veranlasste die SUVA eine Begutachtung im Universitätsspital Zürich (USZ), Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin. Prof. Dr. med. F.____ und Dr. med. G.____ erstatteten ihr Gutachten am 21. Mai 2001 (Urk. 7/40/79), worauf die SUVA die erhobenen Einsprachen mit Entscheid vom 7. August 2001 (Urk. 7/40/88) abwies.

1.2.4. Hiergegen erhob M.____ am 7. November 2001 beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Beschwerde (Proz.-Nr. UV.2001.00148).

Mit Urteil vom heutigen Tag wurde das unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren Proz.-Nr. UV.2001.00148 durch Abweisung der Beschwerde erledigt.

E. 1.3

1.3.1. Mit Formular vom 11./13. August 1999 meldete sich M.____ bei der SVA, IV-Stelle, zum Bezug von Invalidenversicherungsleistungen in Form beruflicher (Berufsberatung, Umschulung, Arbeitsvermittlung) und medizinischer Massnahmen sowie

3.1. Vorab ist auf die vom Beschwerdeführer gerügte Verletzung des rechtlichen Gehörs einzugehen.

3.2. Eine Verwaltungsverfugung muss eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Sozialversicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen. Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich das Sozialversicherungsorgan leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatsächlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinander setzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 80 Erw. 5b/dd und 118 V 58 Erw. 5b, mit Hinweis).

Der Mangel einer nicht oder nur ungenügend begründeten Verfassung kann praxismässig im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der verfassenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 2 f.). Von der Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist nach dem Grundsatz der Verfahrenseffizienz zudem dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst befriedlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (BGE 120 V 362 Erw. 2b und 116 V 186 Erw. 3c und d).

3.3. Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfassung (Urk. 2 = Urk. 7/3) die gesetzlichen Bestimmungen über den Invaliditätsbegriff (Art. 4 Abs. 1 IVG) und den Eingliederungsanspruch (Art. 8 Abs. 1 IVG) dargelegt. Alsdann hat sie ausgeführt, dass aufgrund der umfangreichen medizinischen Abklärungen eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hinsichtlich seiner angestammten Erwerbstätigkeit am Sammelhefter bei der A. AG bestehe. Die auf die in der Stellungnahme vom 14. August 2000 (Urk. 7/6) erhobenen Einwände zum Vorbescheid vom 17. Juli 2000 (Urk. 7/7) hin abgewarteten Ergebnisse der seitens der SUVA in Auftrag gegebenen medizinischen (USZ-)Begutachtung (Urk. 7/40/79) hätten diesbezüglich zu keinen neuen Erkenntnissen geführt.

Die Beschwerdegegnerin hat damit kurz die Überlegungen genannt, von denen sie sich hat leiten lassen und auf welche sich der erlassene Entscheid stützt, nämlich dass aufgrund der von ihr, aber auch der von der SUVA getätigten medizinischen Abklärungen keine relevante gesundheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsfähigkeit ausgewiesen sei, womit der Beschwerdeführer weder als invalid noch von einer Invalidität unmittelbar bedroht gelten können. Sie hat demnach die Begründung so abgefasst und die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte so benannt, dass der - bereits im Verwaltungsverfahren anwaltlich vertretene - Beschwerdeführer die Tragweite des Entscheids hat erfassen und diesen bezogen auf die für ihn wesentlichen Punkte hat anfechten können. Von einer

Verletzung des rechtlichen Gehörs kann unter diesen Umständen keine Rede sein.

Nach den Grundsätzen der Heilbarkeit einer fehlenden oder zu knappen Begründung wie auch der Verfahrensökonomie wäre von einer Rückweisung der Sache allein zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung vorliegend ohnehin abzusehen. Ein solcher, rein formal begründeter Rückweisungsantrag ist vom Beschwerdeführer denn auch zu Recht nicht gestellt worden.

E. 4.1

4.1.1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 IVG gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit.

Zu den geistigen Gesundheitsschäden, welche in gleicher Weise wie die körperlichen eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken vermögen, gehören neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Störungen mit Krankheitswert. Nicht als Auswirkungen einer krankhaften seelischen Verfassung und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Mass zu verrichten, zu vermeiden vermöchte, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt werden muss. Es ist festzustellen, ob und in welchem Masse eine versicherte Person infolge ihres geistigen Gesundheitsschadens auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt erwerbstätig sein kann. Dabei kommt es darauf an, welche Tätigkeit ihr zugemutet werden darf. Zur Annahme einer durch einen geistigen Gesundheitsschaden verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozialpraktisch nicht mehr zumutbar (BGE 127 V 298 Erw. 4c und 102 V 165; AHI 2001 S. 228 Erw. 2b, 2000 S. 151 Erw. 2a, 1996 S. 302 f. Erw. 2a, S. 305 Erw. 1a und S. 308 f. Erw. 2a; ZAK 1992 S. 170 f. Erw. 2a). Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzelfall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S. 43 Erw. 5c).

4.1.2.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern. Dabei ist die gesamte noch zu erwartende Arbeitsdauer zu berücksichtigen.

Bei den beruflichen Eingliederungsmassnahmen für Versicherte mit vollendetem 20. Altersjahr gilt der Versicherungsfall dann als eingetreten, wenn der Gesundheitsschaden sich dermassen schwerwiegend auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt, dass der betroffenen Person die Ausübung ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit nicht mehr zugemutet werden kann, die in Frage stehende Eingliederungsmassnahme als notwendig erscheint und die erforderlichen Krankenpflege- und Rehabilitationsmassnahmen abgeschlossen sind (BGE 113 V 263 Erw. 1b, mit Hinweisen).

4.1.3.1 Laut Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66 2 / 3 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf

eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind. In Härtefällen besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 bis IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine halbe Rente.

Im Falle einer Rente gilt die Invalidität in dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem der Anspruch nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht, das heisst frühestens wenn die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig geworden ist (lit. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen war und wenn sich daran eine Erwerbsunfähigkeit in mindestens gleicher Höhe anschliesst (BGE 126 V 243 Erw. 5, 121 V 274 Erw. 6b/cc und 119 V 115 Erw. 5a, mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2001 S. 154 Erw. 3b).

4.1.4.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung aller Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffermässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 Erw. 1 und 104 V Erw. 2a und b).

4.1.5.1 Nach Art. 41 IVG sind laufende Renten für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung oder eine Eingliederungsleistung (BGE 105 V 173) wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder Hilflosigkeit der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat. Art. 29 bis IVV ist sinngemäss anwendbar.

4.1.6.1 Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formale Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. So unterliegen auch Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen wie andere

Beweismittel der freien richterlichen Beweiswürdigung (BGE 123 V 333 f. Erw. 1c, mit Hinweisen). Auch der Umstand, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, rechtfertigt für sich allein nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (AHI 2001 S. 115 Erw. 3c; BGE 122 V 161, mit Hinweis). Allerdings darf und soll in Bezug auf Hausarztberichte der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass Hausärzte und Hausärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist letztlich entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a und 122 V 160 Erw. 1c).

4.1.7.1.1. Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Verfügungserlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 366 Erw. 1b, mit Hinweis).

Nach Abschluss des Schriftenwechsels unaufgefordert eingereichte Beweismittel, namentlich Gutachten, sind insoweit zu berücksichtigen, als diese etwas zur Feststellung des rechtlich massgebenden Sachverhalts beizutragen vermögen (vgl. RKUV 1985 Nr. K 646 S. 239 Erw. 3b = ZAK 1986 S. 190 Erw. 3b).

E. 4.2

4.2.1.1. In dem von der Beschwerdegegnerin vor Erlass des angefochtenen Entscheids (Urk. 2 = Urk. 7/3) abgewarteten USZ-Gutachten vom 21. Mai 2001 (Urk. 7/40/79) wurden im Anschluss an die Anamnese (Aktenzusammenfassung, Sozial-, persönliche und Systemanamnese), die Wiedergabe der vom Beschwerdeführer gemachten Angaben zu den aktuellen Beschwerden und die Darstellung der objektiven Befunde (Klinik, Neurostatus, Wirbelsäulenstatus, peripherer Gelenkstatus, Röntgenbefunde [konventionell, computertomographisch und sonographisch], Labor [inkl. Bursa subacromialis-Punktion rechts] und Elektromyographie) folgende Diagnosen gestellt:

- Zustand nach Zeckenbiss:

Zeitpunkt nicht definitiv bestimmbar,

mit Immunreaktion auf *Borrelia burgdorferi*;

- Verdacht auf depressive Entwicklung mit somatoformer Störung;

- Polyartikuläre beginnende Arthrose;

- Periarthropathia humero-scapularis tendinotica und calcarea beidseits;

- Leichtes Zerviko-Thorako-Lumbovertebralsyndrom bei:

- Haltungsinsuffizienz/Dekonditionierung,

- radiologisch beginnenden degenerativen Veränderungen.

In der Beurteilung wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer leide seit dem 11. Juni 1997 an einem komplexen Beschwerdebild, welches von ihm auf einen Biss durch eine gleichentags entfernte Zecke zurückgeführt werde. Im Vordergrund stehe subjektiv eine anhaltende Verschlechterung des Allgemeinbefindens mit Verlust der Leistungsfähigkeit, Erschöpfung, Schlafstörung, vorzeitiger Ermüdbarkeit, ungerichteten Schwindel, muskulärer Schwäche und generalisierten Schmerzen sowohl im Bereich der Weichteile als auch der Gelenke. Im Weiteren würden unspezifische Schwindelbeschwerden, chronische Kopfschmerzen, Appetitverlust, vermehrtes Völlegefühl und Nahrungsmittelunverträglichkeiten beklagt (letzteres v.a. seit der applizierten Rocephin-Infusionstherapie). Eine günstige Beeinflussung dieses Beschwerdebilds habe weder durch eine orale noch durch eine intravenöse Antibiose mit Rocephin erreicht werden können.

Bei der am 15. März 2001 durchgeführten Untersuchung hätten folgende Befunde von Wichtigkeit erhoben werden können: Die funktionellen Untersuchungen seien durch eine deutliche Schmerzpräsentationsstörung erschwert worden; ansonsten habe sich der Beschwerdeführer während der 2-stündigen Untersuchung sehr kooperativ verhalten, habe weder eine Einschränkung der spontanen Bewegungen noch Konzentrationsstörungen gezeigt und habe die Anamnese sehr detailliert und auffällig besorgt geschildert. Im Bereich der Wirbelsäule seien in erster Linie eine Fehllhaltung, eine leichte Fehlform und die Insuffizienz der Haltemuskulatur aufgefallen. Zwar beständen in sämtlichen Wirbelsäulenabschnitten leichte Bewegungseinschränkungen, doch erklärten diese die geschilderten Schmerzen mit Sicherheit nicht. Im Bereich der Weichteile habe eine generalisierte Druckdolenz bestanden. Die Kraftprüfung habe weder an den unteren noch an den oberen Extremitäten eine auf einzelne Muskelgruppen bezogene Parese oder Hypotrophie gezeigt, jedoch eine proximal betonte Schwäche, welche eindeutig im Kontrast zu den guten Komplexfunktionen gestanden habe (z.B. Kniebeugen, Gangbild in sämtlichen Variationen). Der Muskeltonus sei bei vorhandener Relaxierbarkeit nicht beurteilbar gewesen, und es seien leichte Faszikulationen aufgefallen, wobei die deshalb ergänzende durchgeführte neurologische Abklärung keine Hinweise auf eine organische Läsion ergeben habe. Die peripheren Gelenkbefunde hätten einer klinisch leichten Arthrose entsprochen. Im Bereich der Finger- und Hüftgelenke seien klinisch und radiologisch Befunde erhoben worden, welche einer leichten Arthrose entsprächen. Im Bereich beider Schultergelenke bestehe eine von den generalisierten Weichteilschmerzen wahrscheinlich abgrenzbare Impingement-Symptomatik der Rotatorenmanschette. Links hätten sich radiologisch und sonographisch diskrete Verkalkungen der Supraspinatussehne gezeigt; rechts habe sich wenig Flüssigkeit im Bereich der Bursa subacromialis und entlang der langen Bizepssehne objektivieren lassen. Eine diagnostische Punktion habe vereinzelte Apatitkristalle ergeben, so dass auch hier von einer Periarthropathia humero-scapularis calcarea ausgegangen werden könne. Die zum Ausschluss eines für die generalisierten Schmerzen und die Allgemeinzustandsverschlechterung ursächlichen systemisch-entzündlichen wie auch metabolischen Grundleidens durchgeführten Laboruntersuchungen hätten keine Auffälligkeiten ergeben, insbesondere hätten sich keine Hinweise auf eine Schilddrüsenstörung objektivieren lassen.

Zusammenfassend wurde festgehalten, die seit Juni 1997 beklagten multiplen Beschwerden würden sich nicht auf die Affektion eines einzelnen Organsystems, einschliesslich des

Zentralen Nervensystems, zurückzuführen lassen und seien als solche unspezifisch. Ein Erythema chronicum migrans sei nicht beobachtet worden, und es sei weder anamnestisch noch aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde eine Arthritis zu diagnostizieren. Zwar stellten weder das Erythema chronicum migrans noch die Arthritis obligate Symptome einer chronischen Lyme-Erkrankung dar, doch seien sie als typische und unbestrittene Befunde der Borreliose akzeptiert. Die konkret zur Verfügung stehenden Befunde erlaubten keine Diagnose einer Neuro-Borreliose. Eine Erhöhung der Zellzahl habe sich in zwei Liquoruntersuchungen nicht nachweisen lassen. Die Banden im Liquor und im Serum seien gegen identische Ziele gerichtet, und es habe keine vermehrte Reaktion im Liquor dokumentiert werden können. Der Zeitpunkt der als solche nicht anzuzweifelnden Borrelien-Infektion könne nicht festgelegt werden, sei jedoch mit Sicherheit vor Juni 1997 zu datieren. Die entsprechenden Beurteilungen würden auch von Dr. med. L. ____, Serologe im Zentralinstitut der Walliser Spitäler in " ____, und PD Dr. med. N. ____, Leitender Arzt der Abteilung für Infektionskrankheiten am USZ, geteilt, mit welchen die Laborbefunde durchgegangen worden seien. Erschöpfung, chronische Müdigkeit, Unwohlsein, Myalgien, Arthralgien, kognitive Defizite, Kopfschmerzen und andere Begleitsymptome würden zwar in der Fachwelt mitunter unter dem Begriff Post-Lyme-Syndrom immer wieder in Zusammenhang mit chronischen Borrelien-Infekten gebracht, indessen beruhten die jeweils geschilderten chronischen Verlaufsformen ohne objektivierbare Befunde an den Gelenken, der Haut und dem Nervensystem auf Fallbeschreibungen. Ein identisches Beschwerdebild sei zudem wesentlich häufiger bei depressiven Entwicklungen mit Somatisierungsstörung anzutreffen. Der Leidensdruck des Beschwerdeführers an sich sei glaubhaft, wengleich in der klinischen Untersuchung unübersehbare Zeichen einer Schmerzpräsentationsstörung bestanden hätten, bei denen es sich durchaus um den Versuch einer Verdeutlichung des Leidensdrucks gehandelt haben könnte.

Alles in allem bestehe eine Symptomatik, welche am Besten im Rahmen einer depressiven Entwicklung mit somatoformer Störung erklärt werden könne. Zusätzlich fänden sich leichte degenerative Veränderungen der peripheren Gelenke und der Wirbelsäule, welche allerdings das Beschwerdebild nicht zu erklären vermöchten. Die im Schulterbereich bestehenden Schmerzen entsprächen zum Teil einer Impingement-Symptomatik bei verkalkender Tendinopathie der Supraspinatussehne, würden aber auch wesentlich durch die generalisierte Weichteilproblematik abgelagert. An den Beschwerden des Bewegungsapparats sei die allgemeine Dekonditionierung wesentlich beteiligt.

Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aufgrund der Befunde am Bewegungsapparat für eine körperlich leichtere Tätigkeit voll gegeben. Inwieweit Einschränkungen im Rahmen der depressiven Entwicklung beständen, könne aus rheumatologisch-physikalischer Sicht nicht beurteilt werden.

Abschliessend wiesen die Gutachter darauf hin, dass eine psychiatrische Abklärung indiziert erscheine. Die Befunde am Bewegungsapparat schränkten (unabhängig von der Frage nach dem Vorliegen einer beschwerdeursächlichen Borreliose) die Arbeitsfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere, in ergonomischer Position verrichtbaren Tätigkeit nicht ein.

4.2.2.2 Das USZ-Gutachten erfüllt grundsätzlich die von der Rechtsprechung an ärztliche Beurteilungen gestellten Anforderungen: Es werden darin auf der Grundlage

einschlüssiger, namentlich auch laborieller und neurologischer Untersuchungen, in Kenntnis der in den wesentlichen Zügen vollständig und korrekt wiedergegebenen Vorakten sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer selbst gemachten Angaben unspezifische Multiorgansymptome konstatiert, die mangels anamnestisch ausgewiesener einschüssiger Wanderröte oder Arthritis jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (Wahrscheinlichkeitsgrad über 50 %) im Sinne einer chronischen Lyme-Erkrankung oder einer Neuro-Borreliose gedeutet werden könnten. Ein Borrelien-Kontakt als solcher wird nicht angezweifelt, aber mit Sicherheit vor Juni 1997 datiert. Aufgrund der erhobenen Laborbefunde, zufolge fehlender objektiver Befunde im Bereich der Gelenke, der Haut und des Zentralen Nervensystems sowie angesichts der konstatierten psychischen Auffälligkeiten wird ein Post-Lyme-Syndrom verneint und nebst vielfältigen degenerativen Ursachen, einer generalisierten Weichteilproblematik und einer allgemeinen Dekonditionierung ein näher abklärungsbedürftiger Verdacht auf eine depressive Entwicklung mit Somatisierungsstörung postuliert. Das Leistungsvermögen hinsichtlich einer körperlich leichteren Tätigkeit wird aufgrund der erhobenen Befunde am Bewegungsapparat als nicht eingeschränkt beurteilt. Diese Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet für sich allein betrachtet ein.

Die Schlussfolgerungen der USZ-Experten erscheinen sodann auch im Kontext der weiteren medizinischen Akten als begründet: So hat der Beschwerdeführer gegenüber dem am 16. Juni 1997 konsultierten Dr. B. angegeben, in der Vorwoche den Kopf angeschlagen zu haben, worauf der Arzt nach Erhebung zweier okzipitaler Krusten ohne pathologischen Befund auf einen beginnenden grippalen Infekt geschlossen hat (Urk. 7/40/2). Dr. C. hat in der Folge zwar Borrelien burgdorferi IgG-Titer erheben, jedoch weder Zeckenreste *in loco* feststellen noch einschüssige IgM-Fractionen nachweisen können (Urk. 7/40/5-6, inkl. Beilagen). Im Laufe der stationären poliklinischen Abklärung im KSW haben weder klinisch noch laborchemisch (Serum wie Liquor) Hinweise auf eine aktive Borreliose oder eine entzündliche Gelenkerkrankung (Borreliose des Zentralen Nervensystems oder Lyme-Arthritis) ausgemacht werden können, und es wurde eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Urk. 7/40/11; Urk. 7/40/14; Urk. 7/40/29). Die von Dr. O. zunächst als eigentlich gut ins Bild einer Zeckenbiss-Affektion passenden Sehstörungen (Urk. 7/40/15) sind im Rahmen der nachfolgenden spezialärztlichen Beurteilung durch Dr. D. unter Ausschluss einer Nervenparese als angeborene, dekompensierte - und mittels Brille gut therapierbare - Störung des binokularen Sehens, das heisst mithin als Schielen, qualifiziert worden (Urk. 7/40/33). Die anlässlich der in der Schulthess Klinik im April 2000 durchgeführten rheumatologischen Begutachtung gestellten Diagnosen haben sich auf ein Zervikobrachial-Syndrom bei Osteochondrose und Spondylarthrose mit muskulärer Dysbalance, ein Lumbovertebral-Syndrom bei Osteochondrose und Spondylarthrose sowie muskulärer Verspannung im Lumboglutealbereich rechts, eine beginnende Gonarthrose, eine beginnende Heberdenarthrose, Spreizfussveränderungen, einen Status nach Borrelien-Infekt sowie einen Strabismus divergens concomitans beschränkt, wobei ausdrücklich festgehalten worden ist, dass weder klinisch noch labormässig ein Hinweis auf das Vorliegen eines aktiven Borrelien-Infekts beziehungsweise auf einen bleibenden Nachteil nach solch einem Infekt vorliege. Zum Grad der Arbeits(un)fähigkeit ist festgehalten worden, dass aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht kein Hinweis

bestehe, dass der Beschwerdeführer als Maschinenführer bei der A. ___ AG nicht arbeitsfähig wäre; der Beschwerdeführer bedürfte keiner beruflichen Umstellung auf eine andere Tätigkeit. Die von ihm geklagten Beschwerden, die er für seine völlige Arbeitsunfähigkeit verantwortlich mache, seien psychosomatisch bedingt und entsprechend durch einen Facharzt der Psychiatrie zu beurteilen (Urk. 7/15 = Urk. 7/40/56).

Dr. E. ___ hat zwar aufgrund seiner mehrmonatigen ambulanten Abklärung Anfang Oktober 1998 nebst der Diagnose einer Fingerpolyarthrose und eines Zervikal-Syndroms den dringenden Verdacht auf eine "noch floride" Lyme-Borreliose Stadium II mit Beteiligung des Zentralen Nervensystems und des Bewegungsapparats geäußert; wengleich die Lyme-Borreliose im Liquor nicht "im letzten Detail" habe bewiesen werden können, bestehe dafür eine überwiegende Wahrscheinlichkeit, welche eine Rocephin-Therapie rechtfertige (Urk. 7/40/22-23). Mitte Juli 1999 hat er dann aber konstatiert, die Arthralgien/Periarthralgien hätten trotz der im November 1998 applizierten 4-wöchigen Rocephin-Therapie nicht gebessert, wobei das Beschwerdebild gegenteils fibromyalgieforme Züge annehme; unter Hinweis auf ein stabiles Borrelia burgdorferi-Bild ohne signifikante Erregermenge hat der Internist ausdrücklich darauf hingewiesen, die Diagnose der Lyme-Borreliose erscheine noch nicht gesichert, wobei für die definitive Beurteilung noch bis Ende 1999 zugewartet werden müsse (Urk. 7/40/45). In der Folge hat Dr. E. ___ anfangs Februar 2000 unter Hinweis auf ein in den wesentlichen Zügen unverändertes Beschwerdebild festgehalten, er könne sich die Wahrscheinlichkeit der Diagnose der Lyme-Borreliose betreffend immer noch nicht definitiv entscheiden und wolle dies in den nächsten Monaten noch offen lassen; die Rocephin-Therapie habe nicht den erwarteten Erfolg gezeitigt, was bezüglich der Richtigkeit der vermuteten Lyme-Borreliose natürlich Zweifel aufkommen lasse (Urk. 7/40/53). Ende August 2000 hat sich Dr. E. ___ dann wie folgt geäußert (Urk. 7/40/66):

"Wie schon in meinem Bericht vom 3.10.1998 [erwähnt,] besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, wenn auch nicht mit letzter Sicherheit ein Folgezustand einer früher durchgemachten Lyme-Borreliose. Ich bin der Auffassung, dass diese [Etiologie] schon von Anfang an bestanden [...] und nicht nur vorübergehend auf den Gesundheitszustand gedrückt hat."

Im erwähnten Bericht vom 3. Oktober 1998 (Urk. 7/40/22) hatte Dr. E. ___ nun aber lediglich einen dringenden Verdacht auf eine Lyme-Borreliose Stadium II formuliert und keineswegs eine als solche gesicherte Diagnose gestellt. Er hatte in seiner damaligen Beurteilung ausgeführt, die Untersuchungen nach der Western-Blotting-Methode hätten zwar einen mit einem langen Erregerkontakt vereinbaren IgG-Gesamtantikörper-Titer ergeben, wobei im Liquor trotz fehlender Schrankenstellung auch Antikörper hätten nachgewiesen werden können, indessen hätten sich keine Entzündungszeichen gefunden. Zur Untermauerung seiner Aussagen hatte sich Dr. E. ___ auf einen Status nach bemerktem Zeckenstich mit konsekutiv aufgetretenem Beschwerdebild berufen, obgleich der eigentliche Zeckenbefall beziehungsweise -biss vom Beschwerdeführer weder schlüssig beschrieben (vgl. Urk. 7/40/3; Urk. 7/40/7; Urk. 7/40/13a) noch ärztlicherseits stichhaltig dokumentiert werden konnte (vgl. Urk. 7/40/2; Urk. 7/40/5). In einer - zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfassten - Stellungnahme vom 29. August 2001 (Urk. 3 der Akten im sozialversicherungsgerichtlichen Verfahren Proz.-Nr. UV.2001.00148) hat Dr. E. ___ schliesslich den - im USZ-Gutachten keineswegs verkanteten - Grundsatz bestätigt,

wonach ein Erythema migrans und Arthritiden nicht obligat für die Diagnose der Lyme-Borreliose seien. Wie er alsdann ausdrücklich eingeräumt hat, kann bei normaler Zellzahl im Liquor eine Neuro-Borreliose zwar nicht ausgeschlossen, aber auch nicht bewiesen werden. Einen direkten Zusammenhang zwischen den im Liquor bei fehlender Schrankenstörung nachgewiesenen Antikörper-Restwerten und einer ursprünglichen Beteiligung des Zentralen Nervensystems hat Dr. E. ___ nicht weiter belegt, sondern sich wiederum auf die Formulierung eines entsprechenden "dringenden Verdachts" beschränkt. Im Anschluss an das von ihm postulierte Vorliegen einer für ein Post-Lyme-Syndrom typischen Symptomatik hat Dr. E. ___ zudem selbst eingeräumt, die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden seien für ein solches Syndrom nicht im eigentlichen Sinne spezifisch. Seine Wahrscheinlichkeitsvermutung eines Post-Lyme-Syndroms gründet offenbar vorab auf der in dieser Form unzutreffenden beziehungsweise unfundierten Annahme, es liege ein genau datierbarer Zeckenstich vor und der Beschwerdeführer sei zuvor grundsätzlich gesund gewesen und habe ansonsten keinen Grund zur Entwicklung psychischer Beschwerden gehabt. Was seine allgemeine Bemerkung angeht, das Ausbleiben des Erfolgs der antibiotischen Therapien dürfe nicht als Ausschlusskriterium genommen werden, ist darauf hinzuweisen, dass Dr. E. ___ zuvor selbst ausdrücklich darauf hingewiesen hatte, das Nichtanschlagen der Rocephin-Therapie lasse selbstverständlich Zweifel bezüglich der Richtigkeit der vermuteten Lyme-Borreliose aufkommen (vgl. Urk. 7/40/53).

Der Allgemeinpraktiker und Hausarzt Dr. C. ___ hat sich bei der von ihm im Bericht vom 14. Oktober 1999 (Urk. 7/16) diagnostizierten Borreliose mit Arthralgien und generalisierten Weichteilschmerzen bei ansonsten unauffälligem Allgemeinzustand, mit normalem Ernährungszustand und wohl druckdolenten, jedoch probeanalytisch für Synovitiden unspezifischen Fibromyalgiepunkten und Gelenken offenkundig schwergewichtig auf die entsprechende, nach dem vorstehend Gesagten nicht stichhaltige Einschätzung von Dr. E. ___ betreffend das Bestehen einer Borreliose-Erkrankung gestützt. Anders als dieser hat er die physische Leistungsfähigkeit unter Einbezug der Schmerz- und vegetativen Begleitsymptomatik sowie der Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit - allerdings unter Vorbehalten, aber immerhin - auf 25-50 % quantifiziert.

Der in den Gutachten der Schulthess Klinik wie auch des USZ übereinstimmend geäußerte Verdacht auf eine ursächliche psychische beziehungsweise psychosomatische Problematik hat sich sowohl in der von der Beschwerdegegnerin veranlassten - die Darstellung des Beschwerdeführers, wonach seitens der Beschwerdegegnerin keine psychiatrische Abklärung erfolgt sei, erweist sich mithin als aktenwidrig - als auch in der vom Beschwerdeführer selbst in Auftrag gegebenen psychiatrischen Evaluation bestätigt: Dr. med. J. ___, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, "___", hat im Rahmen seiner im Juni 2000 durchgeführten Begutachtung eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD[-10] F45.4) mit Hypochondrie (ICD[-10] F45.2), eine Neurasthenie (ICD[-10] F48.0) sowie eine psychogene Anpassungsstörung (ICD[-10] F43.2) diagnostiziert. Diese psychischen Störungen seien zwar ausgewiesen, Umfang und Schweregrad jedoch nicht solcherart, dass daraus zwingend eine Arbeitsunfähigkeit abzuleiten wäre; dies wäre schon aus psychotherapeutischen Gründen kontraproduktiv und würde den Beschwerdeführer in seinem Krankheitsverständnis noch zusätzlich bestärken und zementieren. Aus

psychiatrischer Sicht, das heisst unter Ausklammerung allenfalls bestehender somatischer Einschränkungen, sei eine Arbeitsunfähigkeit von allerhöchstens 30-40 % zu postulieren, wobei prognostisch von einer Besserungsfähigkeit auszugehen sei. Eine Notwendigkeit zu einem beruflichen Wechsel auf eine andere Tätigkeit bestehe nicht (Urk. 7/14). Dr. K. ___ hat im September 2002 die psychische Problematik zwar als depressive Entwicklung auf dem Boden einer Borreliose interpretiert, indessen die von Dr. J. ___ ausgemachte hypochondrische Störung im Sinne einer organ- beziehungsweise krankheitsbezogenen phobischen Angst mit gesteigerter Selbstbeobachtung und Überbewertung von Körperwahrnehmungen beständig und zudem auf den Eintritt einer schweren narzisstischen Kränkung mit pathologischer Konfliktverarbeitung und depressiv-phobischer Selbstwerteinschränkung hingewiesen. Den Grad der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit hat Dr. K. ___ aus psychiatrischer Sicht auf 90-100 % quantifiziert (Urk. 19/3).

4.2.3.3 Zusammenfassend ergibt sich somit, dass beim Beschwerdeführer zwar offenbar eine immun-relevante Borrelien-Kontamination stattgefunden hat (deren Zeitpunkt sich nicht [mehr] genau festlegen lässt), sich die von ihm seit Juni 1997 geklagten gesundheitlichen Manifestationen jedoch aus ärztlicher Sicht nicht schlüssig respektive stichhaltig als durch eine Lyme- oder Neuro-Borreliose hervorgerufen qualifizieren lassen. Die multiplen Beschwerden sind vielmehr hauptsächlich auf eine psychische Dekompensation zurückzuführen, wobei die Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich einer körperlich leichteren Tätigkeit - wozu auch die angestammte, leichte, mitunter auch von Frauen ausgeübte Tätigkeit bei der A. ___ AG zu zählen ist (vgl. Urk. 7/24; Urk. 13/7 der Akten im sozialversicherungsgerichtlichen Verfahren Proz.-Nr. UV.2001.00148) - und bezogen auf den hier beurteilungsrelevanten Zeitpunkt (7. November 2001) allein aus somatischer Sicht grundsätzlich nicht wesentlich eingeschränkt ist.

Allerdings kann - entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (vgl. zur diesbezüglichen verwaltungsinternen Meinungsbildung Urk. 7/8) - nicht ohne weiteres eine volle Arbeitsfähigkeit hinsichtlich der angestammten Tätigkeit bei der A. ___ AG angenommen und gestützt darauf ein relevanter, invalidisierender Gesundheitsschaden in jeder Hinsicht gänzlich ausgeschlossen werden. Zwar hat Dr. J. ___ im Juni 2000 einerseits die Ableitung einer Arbeitsunfähigkeit nach Umfang und Schweregrad der ausgemachten psychischen Störungen als nicht zwingend und aus psychotherapeutischen Gründen kontraproduktiv bezeichnet sowie prognostisch auf eine Besserungsfähigkeit hingewiesen, andererseits aber aus rein psychiatrischer Sicht eine medizinisch-theoretisch bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von damals 30-40 % angenommen. Da die Stellungnahme von Dr. J. ___ nicht auf eine eigentliche neurotische Fixierung schliessen lässt, deren Auswirkungen nachweislich dadurch behoben werden könnten, dass Versicherungsleistungen abgelehnt werden (vgl. BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 106 V 89 f.; ZAK 1981 S. 134 ff.), darf die auf gegen 40 % bezifferte psychische Einschränkung nicht ausser Acht bleiben. Ein sich schwerwiegend auf die Erwerbsfähigkeit auswirkender Gesundheitsschaden lässt sich unter diesen Umständen jedenfalls nicht ohne Abklärung der konkreten Auswirkungen der psychischen Beeinträchtigung auf die beruflich-erwerblichen Verhältnisse verneinen. Die dafür notwendige Vergleichsrechnung ist von der Beschwerdegegnerin nun aber bislang weder durchgeführt worden noch kann eine solche aufgrund der derzeitigen Aktenlage und ohne weitere Abklärungen gerichtlich nachgeholt werden.

E. 5

5.1. Die Gutheissung der Beschwerde zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids und Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Prüfung der beruflich-erwerblichen Auswirkungen der somatisch und psychisch insgesamt bewirkten Arbeitsunfähigkeit (und hernach zu neuer Verfügung über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers).

Im Rahmen der zu tätigenden Abklärungen und nachfolgenden Neu Beurteilung wird auch dem Umstand Rechnung zu tragen sein, dass der Bericht von Dr. K. ___ vom 11. September 2002 (Urk. 19/3) - wie von der Beschwerdegegnerin grundsätzlich eingeräumt wird - in Richtung einer seit der Untersuchung durch Dr. J. ___ im Juni 2000 eingetretenen Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands weist, wobei sich - entgegen der Stellungnahme von IV-Arzt Dr. H. ___ vom 10. Oktober 2002 (Urk. 24/2) - nicht leichthin sagen lässt, diese etwaige Verschlechterung sei erst nach November 2001 eingetreten. Dem genauen Zeitpunkt des Eintritts derselben und des dadurch bewirkten Arbeitsfähigkeitsverlusts (Dr. H. ___ geht von einer nunmehr 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus) wird weiter nachzugehen sein. Die Beschwerdegegnerin wird zudem auch zu prüfen haben, was von den vom Beschwerdeführer neuerdings geltend gemachten Prostatabeschwerden zu halten ist. Die von ihm weiter monierten Leisten-, Schilddrüsen-, Verdauungs- und Augenprobleme sind hingegen im Rahmen der bereits getätigten poliklinischen Abklärungen in den wesentlichen Zügen erfasst und in die jeweiligen Beurteilungen der Leistungsfähigkeit grundsätzlich hinreichend miteinbezogen worden. Wollte der Beschwerdeführer eine diesbezügliche (medikamentenbedingte) Verschlechterung geltend machen, hätte er dies demnach zunächst angemessen zu dokumentieren.

5.2. Das Verfahren ist kostenlos.

5.3. Praxistatsache gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5, mit Hinweisen), weshalb der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat, welche in Anwendung von Art. 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit Art. 8 f. der Verordnung über die sozialversicherungsgerichtlichen Gebühren, Kosten und Entschädigungen sowie Art. 28 (GSVGer) in Verbindung mit Art. 89 Abs. 1 des Gesetzes über den Zivilprozess (Zivilprozessordnung/ZPO) nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'400.-- festzusetzen und Rechtsanwalt Dr. Ilg als unentgeltlichem Rechtsvertreter zuzusprechen ist (Honorar und Auslagenersatz inkl. Mehrwertsteuer [MWSt]).

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 7. November 2001 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Ilg, Zürich, eine

Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

5. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg
- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

6. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat (Art. 132 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege [Bundesrechtspflegegesetz/OG] in Verbindung mit Art. 106 OG und Art. 108 OG).

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