

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2003.00211 vom 5. Januar 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-01-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2003.00211

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2003.00211 du 5 janvier 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2003.00211 del 5 gennaio 2004

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1968 in der Türkei geborene, 1987 in die Schweiz eingereiste und hierzulande 1996 eingewanderte K. verfiert über eine 5-jährige Elementarschulbildung. Nach Hilfsarbeitertätigkeiten in verschiedenen Branchen und wiederholtem Bezug von Arbeitslosenversicherungsleistungen seit November 1991 über er zuletzt vom 25. Juni bis zum 9. August 2001 eine - arbeitslosenversicherungsrechtlich offenbar als Zwischenverdienst bei voller Vermittlungsfähigkeit erfasste und abgerechnete - Bauarbeitertätigkeit bei der Firma Z., Temporär- und Feststellen, A., aus (vgl. Urk. 12/8; Urk. 12/11; Urk. 12/18; Urk. 12/19; Urk. 12/21-24; Urk. 12/26; s. auch Akten der sozialversicherungsgerichtlichen Verfahren Proz.-Nrn. A. und B.).

1.2. Mit Formular vom 25. Februar 2002 (Urk. 12/24) meldete sich K. bei der SVA, IV-Stelle, zum Bezug von Rentenleistungen der Invalidenversicherung an.

Nach Einholung des Berichts der Arbeitslosenkasse des Kantons Zürich vom 27. März 2002 (Urk. 12/22; samt Beilagen, worunter das Zeugnis von Dr. med. A., Arzt für Innere Medizin, A., A., vom 22. November 2001) und des Arbeitgeberberichts vom 3. April 2002 (Urk. 12/21; vgl. auch Urk. 12/23), nach Erhebung des IK-Zusammenzugs vom 11. Juni 2002 (Urk. 12/19) sowie nach Beizug diverser medizinischer Unterlagen (worunter die Berichte der Dres. med. B. und C., Universitätsspital Zürich [USZ], Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 17. August 2001 [Urk. 12/9], der Dres. med. PD D. und E., USZ, Departement für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, vom 19. September 2001 [Urk. 12/7] sowie der Dres. med. F. und G., USZ, Psychiatrische Poliklinik, vom 30. November 2001 [Urk. 12/8], das Gutachten von Dr. med. H., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, A., vom 17. Dezember 2001 [Urk. 12/11], der Bericht der Dres. med. I. und J., USZ, Urologische Klinik und Poliklinik, vom 28. Dezember 2001 [Urk. 12/16], das Gutachten von Dr. med. V., Arzt für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, A., vom 10. Januar 2002 [Urk. 12/18], das Notfall-Protokoll von Dr. med. L. und cand. med. M., Spital Y., A., Medizinische Klinik, vom 10. Februar 2002 [Urk. 12/10], die Berichte der Dres. med. N. und O., Orthopädische Universitätsklinik Balgrist, Zürich [nachfolgend: Klinik Balgrist], Notfallsprechstunde, vom 18. Februar 2002 [Urk. 12/12], von Dr. med. P. und cand. med. Q., Klinik Balgrist, Fuss-Team, vom 18. Februar 2002 [Urk. 12/14], von Dr. P. vom 18. Februar 2002 [Urk. 12/15], samt zugehörigem Sprechstundenbericht vom 12. Februar 2002 [Urk. 12/13], der Dres. med. R. und S., USZ, Urologische Klinik und Poliklinik, vom 26.

März 2002 [Urk. 12/17] und von Dr. med. T.____, Klinik Balgrist, Radiologie, vom 5. April 2002 [Urk. 12/6] sowie die Stellungnahmen von Dr. A.____ vom 28. Mai 2002 [Urk. 12/5] und von Dr. E.____, USZ, Departement für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, vom 10. Juli 2002 [Urk. 12/4]) stellte die Verwaltung dem Versicherten mit Vorbescheid vom 18. Juli 2002 (Urk. 12/3) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach dem Ausbleiben einer Stellungnahme verfiel sie schliesslich am 19. August 2002 im angelegten Sinne (Urk. 2 = Urk. 12/2).

E. 2

2.1 Am 1. Januar 2003 sind das ATSG und die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 (ATSV) in Kraft getreten und haben in einzelnen Sozialversicherungsgesetzen und -verordnungen zu Revisionen geführt, so auch im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) und in der dazugehörigen Verordnung (IVV).

In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1 und 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen).

2.2 Da sich der hier zu beurteilende Sachverhalt vor dem 1. Januar 2003 verwirklicht hat (Anmeldung zum Leistungsbezug im Februar 2002; Urk. 12/24) und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 366 Erw. 1b; vorliegend: 19. August 2002; Urk. 2 = Urk. 12/2), gelangen die materiellen Vorschriften des ATSG und der ATSV sowie die gestützt darauf erlassenen Gesetzes- und Ordnungsrevisionen im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung.

Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Ordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2002 - beziehungsweise zum Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids (19. August 2002) - in Kraft gewesen sind.

E. 3

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- K.____, unter Beilage des Doppels von Urk. 11
- SVA, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

4. 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 der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige

Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person 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).

E. 3.1

3.1.1 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).

3.1.2 Laut Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66 2 /

E. 3.2

3.2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Beurteilung schwergewichtig auf die von der Zürich Versicherungs-Gesellschaft als zuständigem Krankentaggeldversicherer der vormaligen Arbeitgeberin erhobenen psychiatrischen und rheumatologisch-orthopädischen Gutachten der Dres. med. H. ___ und V. ___ vom 17. Dezember 2001 (Urk. 12/11) beziehungsweise vom 10. Januar 2002 (Urk. 12/18; vgl. Feststellungsblatt vom 18. Juli 2002 [Urk. 12/1, insbes. S. 2]):

Der Psychiater Dr. H. ___ diagnostizierte - nach Hinweis auf die ihm zur Verfügung gestellten Vorakten sowie im Anschluss an seine Ausführungen zur Familien- und Personalanamnese, zu den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sowie zu dem am 13. Dezember 2001 erhobenen klinisch-pathologischen Befund und zum psycho-testologischen Untersuchungsergebnis - eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD[-10] F54.4) mit Anpassungsstörung (ICD[-10] F43.2) und Entwicklung körperlicher Symptome in psycho-sozialer Drucksituation (ICD[-10] F68.0) sowie eine einfach strukturierte Persönlichkeit (ICD[-10] F60.8). In seiner Beurteilung hielt er fest, beim Beschwerdeführer stehe aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund des Beschwerdebilds; die vorherrschenden Beschwerden beinhalteten subjektiv einen andauernden quälenden Schmerz, welcher

durch eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden können. Dies lasse sich durch einen mehrheitlich unbewussten konversiven Vorgang erklären, indem der Beschwerdeführer in einen psychischen Zwiespalt zwischen seiner moralischen und persönlichen Verantwortung und Pflicht gegenüber seiner querschnittgelähmten Lieblingsschwester einerseits und den Grenzen seiner materiellen Möglichkeiten geraten sei. Die Folge davon sei das Zustandekommen eines psychogenen Überbaus als unbewusste Flucht in die Krankheit und damit eines Schutzschildes, welches ihm ermögliche, der Zwangslage ohne Gesichtsverlust zu entkommen. Grundlage für dieses nicht absichtliche, sondern bewusstseinsferne Zustandekommen biete eine bildungsschwache, retardierte und einfach strukturierte Persönlichkeit, deren Ressourcen für eine kognitive Verarbeitung nicht genügten, so dass sich im Gefolge dieser Verknüpfungen das jetzige Beschwerdebild etabliert habe. Es handle sich dabei ungeachtet der somatischen Zusammenhänge um eine psychogene Störung mit Krankheitswert und Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe bezogen auf die bisher ausgeübte Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 9. August 2001. Bezüglich der 80%igen Restarbeitsfähigkeit sei eine der somatischen Behinderung angepasste, wechselbelastende Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zumutbar und aus psychotherapeutischer Sicht gar zu empfehlen (Urk. 12/11).

Der Internist und Rheumatologe Dr. V. ___ gelangte unter Bezugnahme auf die ihm überlassenen Akten (samt Röntgendossier) sowie nach Darlegungen zur sozialen, beruflichen und persönlichen Anamnese, nach Schilderung der vom Beschwerdeführer geklagten Leiden sowie nach Zusammenfassung der am 21. Dezember 2001 erhobenen klinischen Befunde und der sich aus der bildgebenden Diagnostik (Magnetresonanztomographie [MRI] der Lendenwirbelsäule [LWS] vom 24. Dezember 2001) ergebenden Aufschlüsse zu folgender Beurteilung: Der 33-jährige, kurdischstämmige Beschwerdeführer klagte über 1999 begonnene Schmerzen im unteren Rücken, die er mit dem Heben schwerer Lasten auf dem Bau in Zusammenhang bringe und welche ihn subjektiv von einer weiteren Bauarbeitertätigkeit abhielten. Dabei liessen sich die eher vage und bisweilen wenig einförmig formulierten Beschwerden kaum einem definierten Symptomkomplex beziehungsweise Syndrom mit bestimmter zugrundeliegender patho-anatomischer oder patho-funktioneller Veränderung als Schmerzquelle zuordnen, wobei auch die durchgeführte MRI keine konkreten Erkenntnisse gezeitigt habe. Die in L5/S1 beschriebene Pathologie sei nicht geeignet, das Beschwerdebild genügend zu erklären. Vielmehr handle es sich bei den aktuellen Rückenschmerzen wahrscheinlich um banale, unkomplizierte und als solche selbstlimitierende Rückenbeschwerden. Der Beschwerdeführer führe diese entsprechend seinem Kausalitätsbedürfnis und seiner Laienvorstellung auf seine schwere Arbeit zurück, doch würden sie vermutlich durch rückenfremde Faktoren unterhalten, wofür die zeitliche Koinzidenz zwischen dem Beschwerdebeginn und dem tragischen Unfall seiner jüngsten Schwester spreche (1999). Die im Zusammenhang mit den finanziellen Verpflichtungen gegenüber seinen drei in der Türkei lebenden unehelichen Kindern und gegenüber seiner in der Schweiz eine aufwendige Rehabilitation genussenden Schwester erdrückend gewordenen psycho-sozialen Umstände seien durchaus geeignet, den Beschwerdeführer an sich unkomplizierte Rückenbeschwerden intensiver erleben zu lassen. Aus somatischer Sicht lasse sich keine Arbeitsunfähigkeit ableiten, was streng genommen auch für eine Tätigkeit auf dem Bau zutreffe, da psychisch fehlverarbeitete banale Rückenbeschwerden aus somatischer

Sicht keine Berufsunfähigkeit begründeten.

3.2.2.2. Die Einschätzung von IV-Arzt Dr. med. W. ___ gemäss seiner Stellungnahme vom 18. Juli 2002 (Urk. 12/1 S. 2), wonach aufgrund der fraglichen Gutachten von einer rein psychiatrisch bedingten 20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei und damit eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit ohne anderweitige medizinisch-theoretische Restriktionen hinsichtlich des belastungsmässigen Anforderungsprofils angenommen werden dürfte, leuchtet in Anbetracht der in den wesentlichen Zügen plausiblen gutachterlichen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie Beurteilungen der medizinischen Situation ein und erscheint hinsichtlich der gezogenen Schlussfolgerungen insbesondere im Lichte der weiteren medizinischen Akten als begründet:

Die Dres. B. ___ und C. ___ von der Rheumaklinik und vom Institut für Physikalische Medizin des USZ diagnostizierten im Bericht vom 17. August 2001 (Urk. 12/9) über eine am Vortag durchgeführte ambulante Untersuchung ein durch das Heben einer schweren Last am 9. August 2001 ausgelöstes lumbo-spondylogenes Syndrom links mit/bei pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein, Hyposensibilität des gesamten linken Beins und der linken Gesässhälfte, Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung (verminderte Brustwirbelsäulen [BWS]-Kyphose, verminderte LWS-Lordose, linkskonvexe Skoliose am thorako-lumbalen Übergang). Sie rechneten mit einer Regredienz der Beschwerden und sahen keine Nachkontrolle vor, sondern beschränkten sich auf die Anregung zuhause des zuweisenden Arztes (Dr. med. X. ___, Arzt für Allgemeine Medizin, ___), eine Abklärung der vom Beschwerdeführer geklagten Hämoptoe mit Blut im Stuhl zu veranlassen. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde ihrerseits lediglich bis zum 8. September 2001 attestiert. Eine nachfolgende MRI-Abklärung der LWS in der Klinik Balgrist vom 24. Dezember 2001 ergab einen im Bereich L4/5 eher engen kaudalen Spinalkanal bei im übrigen bis auf Höhe L5 normalen lumbalen Bandscheiben. Im Weiteren wurde eine leichte Bandscheibendegeneration L5/S1 mit breitbasiger medio-linkslateraler Diskusprotrusion mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 links (ohne Kompression) und Anulusriss medio-linkslateral festgestellt. Die Neuroforamina wurden als nicht stenosiert und die Facettengelenke als altersentsprechend beschrieben (Bericht von Dr. T. ___ vom 5. April 2002 [Urk. 12/6]).

Die von den Dres. D. ___ und E. ___ vom Departement für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie des USZ am 19. September 2001 durchgeführte Ano-Proctoskopie und Koloskopie ergab Hämorrhoiden (Grad I) sowie bis auf zwei bis drei kleine Erosionen ansonsten blande Befunde ohne Hinweis auf eine Blutungsquelle. Die wegen eines vom Beschwerdeführer anamnestisch angegebenen blutigen Erbrechens im Anschluss ergänzend durchgeführte Gastroskopie zeigte lediglich eine unspezifische Gastritis (Bericht von Dr. E. ___ vom 10. Juli 2002 [Urk. 12/4]). Eine Einschränkung des Leistungsvermögens wurde aus gastroenterologischer Sicht nicht deklariert. Bei einer auf notfallmässige Selbsteinweisung des Beschwerdeführers am 10. Februar 2002 in der Medizinischen Klinik des Spitals Y. ___ durchgeführten Untersuchung resultierten labormässig wie röntgenologisch unauffällige Befunde, ohne Anzeichen für eine Koprostase. Diagnostisch wurde der vorgefundene Zustand aufgrund der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und ohne vertiefte Kenntnis der einschlägigen Vorakten einer chronischen Obstipation sowie einer Polyposis coli zugeordnet, wobei differenzialdiagnostisch ein Colon irritabile in Betracht gezogen und zum weiteren Prozedere eine Konsultation beim Hausarzt empfohlen wurde (Bericht von Dr. L. ___ und

cand. med. M.____ vom 10. Februar 2002 [Urk. 12/10]).

Die von Dr. A.____ initiierte Abklärung in der Urologischen Klinik und Poliklinik des USZ zeitigte gemäss Bericht der Dres. J.____ und I.____ vom 28. Dezember 2001 (Urk. 12/16) die Diagnose einer chronischen Prostatitis (Grad IIIb). Der anfänglich gehegte anamnestische Verdacht auf eine Nephro-Urethrolithiasis links nach Nierenkoliken bestätigte sich dabei nicht; das Urogramm blieb unauffällig, und es wurde keine Mikrohematurie gefunden. Auch die im Anschluss an eine 4-wöchige Antibiotikatherapie (Ciproxin) durchgeführte 4-Glaserprobe fiel negativ aus. Nebst der Verordnung einer medikamentösen Therapie zur Behandlung der konstatierten chronischen Prostatitis beschränkte sich die fachärztlich abgegebene Behandlungsempfehlung auf den Hinweis zuhanden des Beschwerdeführers, viel zu trinken. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde aus urologischer Sicht nicht attestiert. Nachdem der Beschwerdeführer mehrmaligen Aufgeboten zur Nachkontrolle unentschuldig keine Folge geleistet hatte, wurde von Seiten der Urologischen Klinik und Poliklinik des USZ Beschwerdefreiheit angenommen und die Behandlung im März 2002 abgeschlossen (Bericht der Dres. S.____ und R.____ vom 26. März 2002 [Urk. 12/17]).

Auf Selbstzuweisung wegen chronischen Schmerzen im rechten oberen Sprunggelenk (OSG) wurde der Beschwerdeführer am 26. Januar 2002 in der Notfallsprechstunde der Klinik Balgrist untersucht. Dabei wurde von den Dres. N.____ und O.____ ein chronisches Schmerzsyndrom rechts bei Verdacht auf OSG-Arthrose rechts diagnostiziert. Es wurde eine weitere Abklärung im Rahmen der Fuss-Sprechstunde mit vorangehender Röntgenuntersuchung in die Wege geleitet und vorläufig eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 3. Februar 2002 bescheinigt (Bericht vom 18. Februar 2002 [Urk. 12/12]). Aus der Untersuchung in der Fuss-Sprechstunde vom 31. Januar 2002 resultierte weiterhin die Verdachtsdiagnose auf eine rechtsseitige OSG-Arthrose. Zum Ausschluss eines Osteoidosteoms wurde eine MRI-Untersuchung ins Auge gefasst und die attestierte Arbeitsunfähigkeit vorläufig bis zu der auf den 12. Februar 2002 anberaumten Besprechung des Röntgenbefunds verlängert (Bericht von Dr. P.____ und cand. med. Q.____ vom 18. Februar 2002 [Urk. 12/14]). Die MRI-Abklärung ergab dann aber unauffällige Gelenksverhältnisse, wobei Sklerosezonen im Bereich des Talus keine als Knocheninfarkt zu qualifizierende perifokale Reaktion zeigten; der ursprüngliche Osteoidosteom-Verdacht konnte gänzlich ausgeräumt werden. Zu Beurteilung und Prozedere wurde festgehalten, rein orthopädisch fänden sich weder klinisch noch radiologisch morphologische Substrate zur Erklärung des Ausmasses der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden. Gestützt auf diese Erkenntnis wurde die Behandlung in der Klinik Balgrist abgeschlossen, wobei das Arbeitsunfähigkeitsattest abschliessend noch einmal bis zum 28. Februar 2002 verlängert und im übrigen eine etwaige rheumatologische Evaluation empfohlen wurde (Bericht von Dr. P.____ vom 18. Februar 2002 [Urk. 12/15]; vgl. auch zugehöriger Sprechstundenbericht von Dr. P.____ vom 12. Februar 2002 [Urk. 12/13]).

Anlässlich der ambulanten psychiatrischen Untersuchung in der Psychiatrischen Poliklinik des USZ vom 22. November 2001 wurde von den Dres. F.____ und G.____ eine starke psycho-soziale Belastungssituation ausgemacht. Die Befunde wurden als mit einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) vereinbar bezeichnet; eine Einschränkung des Leistungsvermögens wurde daraus nicht abgeleitet (Bericht vom 31. November 2001 [Urk. 12/8]).

Der Internist und Hausarzt Dr. A.____ fÃ¼hrte im Bericht vom 28. Mai 2002 (Urk. 12/5) folgende Diagnosen auf:

- anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung;
- Lumbovertebralsyndrom mit Ãberlagerung;
- chronisches Schmerzsyndrom im rechten OSG mit Arthroseverdacht;
- chronische Prostatitis (Grad IIIb);
- Obstipationstendenz und HÃ¤morrhoidalleiden.

Sodann bescheinigte er eine medizinisch begrÃ¼ndete ArbeitsunfÃhigkeit als Bauarbeiter von 100 % seit dem 9. August 2002 (richtig wohl: 2001) bis auf weiteres, bezeichnete den Gesundheitszustand als besserungsfÃhig und verneinte die Notwendigkeit weiterer medizinischer AbklÃrungen. In seiner Belastbarkeitsbeurteilung hielt Dr. A.____ fest, somatisch limitierend sei vor allem der RÃ¼cken (EinschrÃnkungen v.a. beim Heben und Tragen schwererer Lasten sowie beim vorgeneigten Sitzen und Stehen); die in der Klinik Balgrist festgestellten Fussbeschwerden hÃ¤tten sich hingegen bislang nicht limitierend ausgewirkt, wobei die Tendenz zur Somatisierung wohl auch hier eine (Selbst-)Limitierung zur Folge haben kÃ¶nnte. Abschliessend hob Dr. A.____ die starke Somatisierungstendenz mit hÃ¤ufigen Arztwechseln und NotfallprÃsentationen hervor und stellte klar, dass die im Rahmen zahlreicher AbklÃrungen erhobenen Befunde in keinem VerhÃltnis zu den angegebenen Beschwerden stÃ¼nden. GemÃss Zeugnis zuhanden der Arbeitslosenkasse des Kantons ZÃ¼rich vom 22. November 2001 (Urk. 12/22 Beilage) erachtete Dr. A.____ den BeschwerdefÃ¼hrer seit dem 19. November 2001 mit Ausnahme von BauarbeitertÃtigkeiten wieder als voll arbeitsfÃhig.

Die Gutachten der Dres. H.____ und V.____ - wie auch die Stellungnahme von IV-Arzt Dr. W.____ dazu - stehen demnach im Einklang mit den einschlagigen Vorakten und weiteren medizinischen Unterlagen, tragen den vom BeschwerdefÃ¼hrer geklagten Beschwerden insgesamt umfassend Rechnung und erscheinen bezÃ¼glich der Schlussfolgerungen hinsichtlich einer aus somatischer Sicht im Wesentlichen vollen und aus psychiatrischer Sicht um lediglich 20 % eingeschrÃnkten ArbeitsfÃhigkeit als plausibel. Die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien an die Beweistauglichkeit sind damit grundsÃtzlich erfÃ¼llt.

3.3.3.3 Der vom BeschwerdefÃ¼hrer aufgelegte Bericht von Dr. U.____ vom 11. September 2002 (Urk. 8) wurde einerseits nach Erlass der angefochtenen VerfÃ¼gung (19. August 2002) erstellt und bezieht sich andererseits auf eine erst nach VerfÃ¼gungserlass durchgefÃ¼hrte Untersuchung (Ende August/Anfang September 2002).

Alsdann wurden darin keine von den frÃ¼heren psychiatrischen Beurteilungen wesentlich abweichenden Diagnosen gestellt. Auch nach den AusfÃ¼hrungen von Dr. U.____ sei es zu hÃ¤ufigen Arztbesuchen und spezialÃrztlichen Untersuchungen gekommen, ohne dass eigentliche Ursachen fÃ¼r die geklagten Schmerzsymptome hÃ¤tten gefunden werden kÃ¶nnen; es bestehe weiterhin eine psycho-soziale Belastungssituation bei finanziellen, beruflichen und familiÃren Problemen sowie einer zusÃtzlichen Inhaftierung im Juli/August 2002. Der BeschwerdefÃ¼hrer sei weiterhin arbeitslos gemeldet, wobei eine Weiterbildung zum Taxifahrer zufolge mangelnder Deutschkenntnisse habe abgebrochen werden mÃ¼ssen.

Zwar quantifizierte Dr. U.____ mit Rücksicht auf eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) die aus psychiatrischer Sicht resultierende Arbeitsunfähigkeit auf 50 % (anstatt auf 20 % wie Dr. H.____), bezog sich dabei aber offensichtlich allein auf die vom Beschwerdeführer abgelehnte Bauarbeitertätigkeit und stellte den verhaltenstherapeutischen Effekt und damit die Zumutbarkeit der Aufnahme einer minderschweren Tätigkeit keineswegs in Abrede. Eine depressive Episode war im Übrigen bereits von den Dres. F.____ und G.____ ausgemacht worden, ohne daraus allerdings irgendeine Einschränkung des Leistungsvermögens abzuleiten.

Alles in allem darf demnach auch unter Berücksichtigung der Stellungnahme von Dr. U.____ von einer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit deutlich über 60 % liegenden Restarbeitsfähigkeit hinsichtlich einer körperlich nicht allzu schweren Tätigkeit ausgegangen werden.

E. 3.4

Angesichts des beruflichen Werdegangs des Beschwerdeführers mit rudimentärer Schul- und fehlender Berufsausbildung, wechselnden, stets nur kurzzeitigen Hilfsarbeitertätigkeiten in verschiedenen Branchen mit vergleichsweise niedrigem Einkommen und darüber hinaus anhaltender, auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführender Arbeitslosigkeit (vgl. Urk. 12/19; Urk. 19/21-22; Urk. 12/26) rechtfertigt es sich mit der Beschwerdegegnerin, im Sinne eines schätzungsweisen Prozentvergleichs vom Grad der deutlich unter 40 % liegenden Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf einen breiten Felder möglicher, sich vom angestammten Tätigkeitsfeld kaum abhebender Verweisungstätigkeiten direkt auf die Erwerbsunfähigkeit und damit auf den - rentenausschliessenden - Invaliditätsgrad zu schliessen.

Zusammenfassend führt dies zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.

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