

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00046 vom 18. April 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-04-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2005.00046](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00046)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00046 du 18 avril 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00046 del 18 aprile 2006

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Im angefochtenen Einspracheentscheid werden die gesetzlichen Bestimmungen und Grundsätze über den Invaliditätsbegriff, die Voraussetzungen und den Umfang des Rentenanspruchs (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetzes [ATSG] und Art. 4 Abs. 1 sowie 28 Abs. 1 und 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]) sowie zu den Aufgaben der Ärzte zutreffend dargelegt (Urk. 2 S. 2 f.). Darauf wird verwiesen.

### E. 1.2

Ergänzend bleibt anzumerken, dass das Sozialversicherungsgericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich eines Arztberichtes ist 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 f. Erw. 1c). Wurde der Sachverhalt ungenügend festgestellt, kann das Gericht die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen (§ 26 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

1.3. Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 Erw. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 Erw. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad

seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 75 Erw. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 Erw. 3a, 109 V 115 Erw. 2b).

1.4 **Ä Ä Ä** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (vgl. BGE 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (vgl. BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweis; AHI 2000 S. 309 Erw. 1b mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (vgl. BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a).

1.5 **Ä Ä Ä** Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). 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 (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und

Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

2. In tatsächlicher Hinsicht ist streitig und zu präzisieren, ob der Autounfall des Beschwerdeführers vom 15. Oktober 2002 zu einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes in psychischer und somatischer Hinsicht führte beziehungsweise ob ganz allgemein eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, die den Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise beeinflusst. Für diese Streitfrage gilt die Zeitspanne zwischen dem 19. August 2002 (Datum der Verfügung der IV-Stelle; Urk. 10/17) und dem 25. November 2004 (Datum des vorliegenden Einspracheentscheides; Urk. 2) zu berücksichtigen.

3. In

3.1 In psychiatrischer Hinsicht präsentiert sich der Sachverhalt wie folgt:

Im bereits erwähnten Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 5. Januar 2004 wurde von einer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit deutlich unter 40 % liegenden Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich einer körperlich nicht allzu schweren Tätigkeit ausgegangen. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit basierte auf dem Gutachten des Psychiaters Dr. med. A., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Dezember 2001, worin dieser 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) diagnostizierte und bezogen auf die bisher ausgeübte Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. Anhang zu Urk. 10/23). Im genannten Gerichtsentscheid wurde auch die anlässlich einer ambulanten psychiatrischen Untersuchung in der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich (USZ) vom 22. November 2001 von den Dres. med. C. und D. ausgemachte starke psycho-soziale Belastungssituation berücksichtigt. Die Befunde wurden dort als mit einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) vereinbar bezeichnet; eine Einschränkung des Leistungsvermögens wurde daraus aber nicht abgeleitet (Bericht vom 31. November 2001 [Anhang zu Urk. 10/23]). Ebenfalls Eingang in die damalige Sachverhaltswürdigung fand der Bericht von Dr. med. E., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. September 2002, der mit Rücksicht auf eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11), die aus psychiatrischer Sicht resultierende Arbeitsunfähigkeit auf 50 % (anstatt auf 20 % wie Dr. A.) festlegte. In seiner anderslautenden Einschätzung erwog das Gericht, dass sich Dr. E. dabei offensichtlich allein auf die vom Beschwerdeführer abgelehnte Bauarbeitertätigkeit bezogen habe und den verhaltenstherapeutischen Effekt und damit die Zumutbarkeit der Aufnahme einer mittelschweren Tätigkeit keineswegs in Abrede gestellt habe. Eine depressive Episode sei im Übrigen bereits von den Dres. C. und D. ausgemacht worden, ohne daraus allerdings irgendeine Einschränkung des Leistungsvermögens abzuleiten (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich in Sachen K. vom 5. Januar 2004, IV.2003.00211).

3.2 In

3.2.1 Zur Klärung der Frage, ob sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im zu beurteilenden Zeitraum verschlechterte, sind hauptsächlich die Berichte von Dr. E. vom 17. Januar, 22. Februar und 8. Juni 2004 (Urk. 14/35/6, 14/35/7 und 10/21) zu würdigen:

Dieser wiederholte in seinem jüngsten Verlaufsbericht zum einen die bisherigen Diagnosen, die erstmals im November/Dezember 2001 gestellt worden waren (vgl. dazu auch Erw. 2.2.1), zum anderen führte er unter "aktuell" die Diagnosen nichtorganische Insomnie (ICD F51.0) und spezifische Phobie vor Polizisten (ICD F40.2) auf (Urk. 10/21 S. 1). Im Weiteren geht aus seinen Verlaufsberichten im Wesentlichen hervor, dass die depressive Störung wellenförmig verlaufen ist. Beim Beschwerdeführer hätten im August 2002 auf der Beschwerden- und Symptomebene Schlafstörungen, Alpträume unklaren Inhaltes, Angst vor Polizisten und Konzentrationsstörungen im Vordergrund gestanden. Seit Sommer 2003 erhalte der Patient das Medikament Surmontil in steigender Dosierung, wodurch eine deutliche Schlafverbesserung und Entspannung tagsüber erzielt worden sei. In Drucksituationen sei es aber immer wieder zu einer Verschlechterung der Symptome gekommen, so dass es zu keiner eigentlichen Besserung auf der psychischen Ebene gekommen sei, die eng mit den sozialen und beruflichen Probleme des Patienten verknüpft sei und in einer Wechselwirkung mit seiner psychischen Befindlichkeit stehe. Beruflich und sozial sei es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, sich wieder zu integrieren. Durch das Schicksal seiner geliebten Schwester sei er emotional sehr in Anspruch genommen, und zudem beunruhige ihn seine körperlichen Erkrankungen (Hämorrhoiden und Nierensteinleiden) sehr. Beides zusammen habe beim Patienten im Mai 2004 zur Verzweiflung und zu einer Zunahme der Schlafstörungen geführt. Der Beschwerdeführer fühle sich nicht in der Lage einer 100%igen Arbeit nachzugehen. In seiner subjektiven Krankheitseinschätzung mache er geltend, dass es ihm körperlich und psychisch sehr viel schlechter gehe als anderen Invaliden (vgl. Urk. 14/35/6, 14/35/7 und 10/21).

3.2.2.2 Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen (vgl. Urk. 2 S. 3), dass anhand der Darlegungen des behandelnden Psychiaters keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszumachen ist. Es ist zwar eine wellenförmige Beschwerdesymptomatik vorhanden, diese reicht aber nicht aus, um von einer rentenbegründenden Verschlechterung auszugehen. Insbesondere vermag die Anmerkung von Dr. E. \_\_\_\_, dass bei "Verschlechterung des psychischen Zustandes" eine stationäre Therapie zu präferieren sei (Urk. 14/35/8 S. 2), nicht den Schluss zu, dass tatsächlich eine solche eingetreten ist, handelt es sich doch lediglich um einen Therapievorschlag für den hypothetischen Fall einer Verschlechterung. Auch die neu aufgekommene Phobie gegenüber Polizisten sowie die neue Diagnose "nichtorganische Insomnie", lassen nicht vermerken, der Beschwerdeführer sei derart in seiner psychischen Gesundheit beeinträchtigt, dass sich dadurch der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hat. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 10/28 S. 3) geht aus den Berichten denn auch nicht hervor, dass der Autounfall vom 15. Oktober 2002 zu einer psychischen Belastung geführt und die bereits bestehende psychische Erkrankung verstärkt habe. Im Gegenteil, dieses Ereignis wird von Dr. E. \_\_\_\_ nicht erwähnt. Es kann deshalb ohne weiteres geschlossen werden, dass der Verkehrsunfall den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers negativ beeinflusst hat.

### 3.3.1.1

Der Beschwerdeführer stützte sich bei der Geltendmachung seines Anspruches auch auf die beigezogenen Arztberichte, die im Zusammenhang mit dem SUVA-Verfahren generiert wurden (vgl. Urk. 20).

Am 17. Februar 2004 wurde dem Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, von der SUVA ein Fragenkatalog zugestellt (Urk. 14/28). In Bezug auf die psychischen Beschwerden seit Unfallbeginn verwies Dr. F.\_\_\_\_ auf den behandelnden Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ (Urk. 14/28 S. 2). Weiterungen zu seinen Ausführungen erübrigen sich daher, und es kann auf die Ausführungen zu den Berichten von Dr. E.\_\_\_\_ verwiesen werden (vgl. Erw. 3.2.2).

3.3.2.2 Am 15. März 2004 nahm der SUVA-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wie folgt Stellung (Urk. 14/29): "Der Patient war am 15.10.2002 in einen Auffahrunfall verwickelt. Es bestand eine Arbeitsunfähigkeit vom 15.10 bis 31.10.2002. Danach sah der Hausarzt den Versicherten erst wieder rund 4½ Monate später. Beim Patienten wurde als Hauptdiagnose eine pathologische Schmerzverarbeitung diagnostiziert. Eine strukturelle Läsion der Halswirbelsäule hat nicht stattgefunden. Der Versicherte war schon vor dem Unfall wegen einer psychogenen Anpassungsstörung mit Entwicklung körperlicher Symptome 20% arbeitsunfähig, im Sinne einer depressiven Störung. Es ist allgemein bekannt, dass depressive Störungen Schmerzen im Schulter-/Nackengebiet auslösen. Eine strukturelle Läsion hat der Patient nicht erlitten. Er war 4½ Monate nicht mehr in ärztlicher Behandlung und am 31.10.2002 sprach der behandelnde Arzt von Restsymptomen im Sinne von Alpträumen. Ein Zusammenhang der heutigen Beschwerden mit dem Auffahrunfall ist demzufolge nur möglich."

Im Rahmen des SUVA-Verfahrens wurde ein Gutachten bei Dr. med. H.\_\_\_\_, Spezialärztin FMH für Neurologie, in Auftrag gegeben. Sie stellte unter Bezugnahme auf die ihr überlassenen Akten sowie nach Darlegungen zur sozialen, beruflichen und persönlichen Anamnese, nach Schilderung der vom Beschwerdeführer geklagten Leiden sowie nach Zusammenfassung der am 7. April 2004 erhobenen Befunde am 21. April 2004 folgende Diagnose: "Status nach Distorsion der HWS (15.2.2002 [recte: 15.10.2002]) und Psychogene Störung." Bei ihrer Beurteilung hielt sie zusammenfassend fest, dass sich bei der neurologischen Untersuchung keine Auffälligkeiten fanden, die Reflexe seien symmetrisch auslösbar, und das Muskelbild sei intakt. Im Moment sei die Beweglichkeit der rechten Schulter nicht ganz perfekt, eine massive Einschränkung fände sich jedoch nicht. Sie merkte weiter an, dass die Prüfung der HWS bei eingeschränkter Kooperation schwierig sei. Bei fehlenden Läsionen könne man davon ausgehen, dass, zwei Jahre nach dem Unfall, eine nicht vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehen sollte. In Bezug auf die psychische Beeinträchtigung des Beschwerdeführers verwies Dr. H.\_\_\_\_ auf den Verlaufsbericht von Dr. E.\_\_\_\_. Abschliessend merkte sie an, dass aller Wahrscheinlichkeit eine gestörte Schmerzverarbeitung im Sinne einer somatoformen Störung, eine Depression, die ihren Anfang vor dem Unfall genommen habe und auch eine Anpassungsstörung bei einer einfach strukturierten Persönlichkeit bestehe (Urk. 14/35 S. 5 f.).

Vorliegend ist nicht ersichtlich, inwiefern der Beschwerdeführer aus den zwei oben aufgeführten ärztlichen Stellungnahmen etwas zu seinen Gunsten ableiten könnte. Weder die medizinischen Darlegungen und Diagnosestellungen von Dr. G.\_\_\_\_ noch diejenigen von Dr. H.\_\_\_\_ geben Anlass dazu davon auszugehen, die psychischen Beschwerden hätten sich wegen des Unfalls verschlimmert. Beide Mediziner bestätigten lediglich, dass eine psychische Beeinträchtigung bereits vor dem Verkehrsunfall bestanden, aber nicht, dass sich diese danach in massgeblicher Weise verschlechtert habe.

Die von ihnen geschilderte psychische Beschwerdesymptomatik deckt sich vielmehr mit derjenigen des Gutachters Dr. A. \_\_\_ vom 17. Dezember 2001 (vgl. Anhang zu Urk. 10/23 und das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich in Sachen K. vom 5. Januar 2004, IV.2003.00211).

### 3.4.1.1

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer sodann einen Bericht von med. pract. I. \_\_\_, Praxis für Allgemeinmedizin, naturnahe Heilverfahren, Wundambulatorium, vom 15. Dezember 2004, inklusive Kopien von aktuellen fachärztlichen Untersuchungen, ins Recht (vgl. Urk. 3/2). Mit diesen wollte er darlegen, dass die zahlreichen Diagnosen Anlass zu weiteren medizinischen Abklärungen geben müssten und rentenbegründet seien (Urk. 1 S. 4).

Gestützt auf die Fachärzte wird im Bericht von pract. I. \_\_\_ nebst den bereits im November/Dezember 2001 bekannten psychiatrischen Diagnosen eine generalisierte Angststörung (Befürchtungen, motorische Spannung [CK-Erhöhung!], vegetative Übererregbarkeit, DD Depression) sowie eine nichtorganische Insomnie; spezifische Phobie vor Polizisten (6/04, Dr. E. \_\_\_) aufgeführt (Urk. 3/2).

Da es sich bei dieser Aufstellung von Diagnosen um eine Zusammenfassung von fachärztlichen Stellungnahmen ohne eigene Beurteilung handelt, sind hierzu auch keine Weiterungen anzubringen, und es kann auf die nachfolgenden Erwägungen im Zusammenhang mit den Fachärzten verwiesen werden.

In den Berichten der medizinischen Klinik des Spitals J. \_\_\_ vom 19. Mai 2004 (erstellt durch PD Dr. med. L. \_\_\_, Chefarzt) und vom 15. November 2004 (erstellt durch Dr. med. M. \_\_\_, Leitender Arzt) wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Traumatische Proktitis bei chronischer Obstipation, chronisch anale Schmerzen bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung
- Zustand nach mehreren erfolglosen Gummibandligaturen USZ
- Rezidivierende Calcium-Oxalat-Nephrolithiasis (bisher sechs Steinabgänge)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- Rezidivierende depressive Episoden

Aus ihren Beurteilungen geht sinngemäss hervor, dass der Beschwerdeführer seit Jahren ein Nierensteinleiden (bisher sechs Steinabgänge) habe, wobei aber zufolge Geringfügigkeit (vier bis fünf Millimeter grosser Kelchstein im mittleren Drittel der linken Niere) keine weitere Operationsindikation bestünde. Der Beschwerdeführer sei damit nicht einverstanden und beharre auf einer erneuten Steinerträgerung. Ebenfalls verlange er nach einer Operation seines Hämorrhoidalleidens, obwohl bei der letzten Proctoskopie keine Hämorrhoidalknoten vorhanden gewesen seien. Der Beschwerdeführer wechsele sehr häufig Ärzte und Kliniken. Aus beiden Berichten geht sodann unmissverständlich hervor, dass die somatischen Beschwerden durch eine seelische Überlagerung stark mit beeinflusst und verstärkt würden. Der Beschwerdeführer habe die Tendenz, sein ganzes Elend auf den sich noch in der linken Niere befindenden Reststein zu projizieren. Er nehme unterdessen erhebliche Dosen Antidepressiva, die sicher zusätzlich zu seiner abdominalen Schmerzproblematik mit

schwerer Obstipation und rezidivierenden Hämorrhoidalleiden beitrage (Urk. 3/2, Berichte 2 und 3).

Auch aus diesen Berichten geht zum einen mit aller Deutlichkeit hervor, dass die geltend gemachten somatischen Beschwerden auf die psychische Problematik zurückzuführen sind. Zum anderen ist anhand der Befunde offensichtlich, dass aus psychiatrischer Sicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, da bereits bei der Begutachtung durch Dr. A. \_\_\_ dieses psychische Krankheitsbild diagnostiziert wurde (vgl. Anhang zu Urk. 10/23 und auch Erw. 3.1).

Am 9. September 2004 wurde der Beschwerdeführer am N. \_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, rheumatologisch untersucht. Die Dres. med. O. \_\_\_ (Oberarzt) und P. \_\_\_ (Assistenzärztin) hielten in ihrem Bericht vom 19. September 2004 eingangs fest, dass zum Zeitpunkt der Konsultation die Beschwerdeschilderung diffus gewesen sei, und aktuell Unterschenkelschmerzen, die vom Knie bis zum Fuß reichen würden, im Vordergrund ständen. Im Weiteren stellten sie folgende Diagnose:

- Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom rechts
- diskrete muskuläre Dysbalance
- Chronisches Lumbovertebralsyndrom
- Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung
- Rezidivierende Kalziumoxalat-Nephrolithiasis
- Status nach wiederholten Steinabgängen
- Status nach ESWL links 10/03
- sonographisch Restkonkremente links
- rezidivierende linksseitige Flankenschmerzen
- Depression und wiederholte Angstzustände
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ED 12/01)
- Unklare leichte isolierte CK-Erhöhung
- Hyperlipidämie
- Hyperurikämie

Zusammenfassend führten sie aus, dass die Flankenschmerzen links zum Zeitpunkt ihrer Untersuchung nicht im Vordergrund gestanden hätten. Als Ursache hierfür sei bereits die rezidivierende Nephrolithiasis mit wiederholten Steinabgängen und persistierenden Restkonkrementen sowie St. n. ESWL bei Nephrolithiasis links 10/03 bekannt. Zusätzlich sei seit einem Verhebeereignis 2001 eine lumbospondylogene Schmerzsymptomatik links bekannt. Bei aktuell fehlenden radikulären Zeichen im Bereiche der unteren Extremitäten sowie praktisch normaler LWS-Beweglichkeit mit nur geringfügiger segmentaler Dysfunktion lumbosakral bestehe diesbezüglich aktuell kein Abklärungsbedarf. Eine spondylogene und radikuläre Ursache der diffusen Unterschenkel- und Fußbeschwerden erscheine eher unwahrscheinlich. Hinweise für polyneuropathische Beschwerden im Rahmen eines Diabetes mellitus, einer Schilddrüsenfunktionsstörung oder eines Vitamin B12-Mangels fanden sich nicht.

Eine arterielle oder venöse Genese der Beschwerden sei bei diesbezüglich unauffälligen Befunden ebenso unwahrscheinlich. Bis auf die Ansatzentzündung der linken Achillessehne fanden sich keine lokalisierbare Druckdolenzen, Schwellungen oder Synovitiden. Bei bekannter Hyperurikämie würden differentialdiagnostisch Harnsäurekristall-bedingte Arthritiden und Periarthritiden ursächlich in Frage kommen. Im Weiteren schlossen die Begutachter eine Knochenstoffwechsel- und Schilddrüsenfunktionsstörung aus. Hinweise für eine entzündliche Systemerkrankung fanden sich klinisch und labormässig ebenfalls nicht. Abschliessend kamen sie zum Schluss, dass die wechselnden, diffusen sensiblen Symptome bei aktuell praktisch fehlenden Untersuchungsbefunden im Rahmen der bereits im Jahre 2001 gestellten Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Anpassungsstörung sowie der damals beschriebenen Entwicklung körperlicher Symptome in psychosozialen Drucksituationen zu sehen sei (Urk. 3/2, Bericht 4).

Auch aus diesem ausführlichen und überzeugenden Bericht geht hervor, dass einerseits aus somatischer Sicht keine Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehen, und andererseits die psychische Problematik des Beschwerdeführers nach wie vor im Vordergrund steht. Hingegen kann aus den Darlegungen wiederum nicht auf eine Verschlechterung der psychischen Beschwerdesymptomatik geschlossen werden, da im Vergleich mit dem Gutachten von Dr. A. \_\_\_ keine wesentliche Veränderung im Beschwerdebild auszumachen ist (vgl. Anhang zu Urk. 10/23 und auch Erw. 3.1).

3.5 Zusammenfassend ist vor diesem medizinischen Hintergrund mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass in psychiatrischer Hinsicht seit dem 19. August 2002 keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist.

#### 4.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1 In somatischer Hinsicht wurde im rechtskräftigen Urteil der hiesigen Instanz vom 5. Januar 2004 gestützt auf zahlreiche Arztberichte festgestellt, dass weder aus rheumatologischer noch aus neurologischer oder aus internistischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich in Sachen K. vom 5. Januar 2004, IV.2003.00211).

4.2.1.1.1.1 Mit rechtskräftiger Verfügung der SUVA vom 29. April 2004 wurde sodann festgehalten, dass der Unfall vom 15. Oktober 2002 aus medizinischer Sicht keine Folgen hinterlassen habe, welche die Erwerbsfähigkeit messbar beeinträchtigt hätten (Urk. 14/36).

4.3.1.1.1.1 Aus dem bereits erwähnten SUVA-Gutachten von Dr. H. \_\_\_ (vgl. Erw. 3.3.2) geht weiter hervor, dass keine (neuen) somatischen Beschwerden durch den Unfall ausgelöst worden seien und die nicht ganz perfekte Schulterbeweglichkeit klar auf die fehlende Mitwirkung des Beschwerdeführers zurückzuführen sei. Weiter wurde ausgeführt, dass lediglich ein leichter Muskelhartspann cervical bestehe (Urk. 14/35 S. 4).

Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen (Urk. 2 S. 4), dass dadurch aber noch keine Verschlechterung ausgewiesen ist, zumal auch Dr. H. \_\_\_ auf die psychische Beeinträchtigung des Beschwerdeführers verweist (Urk. 14/35 S. 5 f.).

4.4. Die Dres. L. und M. diagnostizierten in ihren - ebenfalls bereits aufgeführten (Erw. 3.4.2) - Berichten das seit drei Jahren bestehende Nierensteinleiden. Wegen Geringfügigkeit verneinten sie aber ausdrücklich die Indikation einer Operation. Weiter hielten sie fest, dass bei der letzten Proctoskopie keine Hämorrhoidalknoten vorhanden gewesen seien (Urk. 3/2 Berichte 2 und 3).

Aus ihren sorgfältigen Beurteilungen kann ohne weiteres geschlossen werden, dass aus internistischer Sicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, bestanden doch die gesundheitlichen Beschwerden bereits zum Zeitpunkt der Verfügung (vgl. dazu Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich in Sachen K. vom 5. Januar 2004, IV.2003.00211).

4.5. Wie bereits unter Erw. 3.4.3. erwähnt, kamen die Dres. O. und P. in ihrem Bericht zum Schluss, dass aus somatischer Sicht keine Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestanden und dass am ehesten von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen ist, da die wechselnden diffusen Symptome bei aktuell fehlenden klinischen Untersuchungsbefunden einzig so zu erklären seien. Die Ansatzdinosaurien seien nach wie vor mittels aktiven Trainings beeinflussbar (Urk. 3/2 Bericht 4).

Auch dieser ausführlich begründete Bericht überzeugt, und es besteht kein Anlass an dessen Vollständigkeit zu zweifeln. Weiterungen dazu erbringen sich daher.

4.6. Zusammenfassend ist vor diesem medizinischen Hintergrund mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass in somatischer Hinsicht seit dem 19. August 2002 keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist.

5. Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

6. Der mit Verfügung vom 15. März 2005 bestellte unentgeltliche Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Kull, wird entsprechend seinem mit Honorarnote vom 4. Mai 2005 (Urk. 24) geltend gemachten Aufwand von 17 Stunden, abzüglich den geltend gemachten 90 Minuten für Aufwendungen nach Abschluss des Gerichtsverfahrens, und den Barauslagen von Fr. 214.-- eine Entschädigung in Höhe von Fr. 3'565.90 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zugesprochen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Kull, wird mit Fr. 3'565.90 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

#### **E. 4**

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Claudius Kull
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

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 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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