

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01315 vom 29. März 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-03-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2005.01315](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.01315)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01315 du 29 mars 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01315 del 29 marzo 2007

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Verwaltung hat die massgebenden Gesetzesbestimmungen über die Voraussetzungen und den Umfang des Rentenanspruchs (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), die Bemessung der Invalidität aufgrund des Einkommensvergleichs (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) sowie die Rechtsprechung zur ärztlichen Aufgabe im angefochtenen Entscheid zutreffend dargelegt (Urk. 2 S. 1 f.). Darauf kann mit den folgenden Ergänzungen verwiesen werden:

1.2 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit 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 (seit 1. März 2004: oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes) der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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).

1.3 Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 67 ff. Erw. 5.2, 72 Erw. 2.2 mit Hinweisen). Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu



dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden fñhrt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.7. Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 127 V 299 Erw. 5 unter Hinweis auf die Rechtsprechung präzisierend festgehalten hat, versichert Art. 4 Abs. 1 IVG (seit 1. Januar 2003: in Verbindung mit Art. 8 ATSG) zu Erwerbsunfähigkeit fñhrende Gesundheitsschäden, worunter soziokulturelle Umstände nicht zu begreifen sind. Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrñhren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von soziokulturellen Belastungssituationen zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 299 Erw. 5a).

1.8. 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 begrñdet 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).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin begründete die Abweisung des Rentenbegehrens im Einspracheentscheid vom 21. Oktober 2005 damit, es lägen keine Befunde vor, die eine mittelschwere bis schwere Depression wärdren. Vielmehr lägen mehrheitlich psychosoziale Probleme vor, bei deren Wegfall zumindest eine 90%ige Arbeitsfähigkeit möglich sei. Eine zusätzliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei nicht gegeben. Aus somatischer Sicht sei dem Beschwerdeführer überdies aufgrund der medizinisch objektivierbaren Befunde eine körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit zumutbar, weshalb sich ein Leidensabzug von 10 % rechtfertige (Urk. 2 S. 2 f.).

2.2 Der Beschwerdeführer wandte im Wesentlichen ein, seine Einwände hinsichtlich des tatsächlichen Grades seiner Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen seien im Einspracheverfahren nicht gehört worden. Dasselbe gelte für den zu tief angesetzten Leidensabzug von 10 % beim Invalideneinkommen (Urk. 1 S. 2 ff.).

2.3 Nach Eingang der Neuanschuldung vom 26. März 2004 hat die Beschwerdeführerin verschiedene Arztberichte eingeholt (Urk. 8/17-22) und den medizinischen Sachverhalt erneut überpröft. Die Beschwerdeführerin, welche den Sachverhalt materiell neu überpröft, ist demnach auf die Neuanschuldung vom 26. März 2004 eingetreten. Für die Beurteilung der Eintretensfrage besteht im vorliegenden Verfahren somit kein Raum (BGE 109 V 114 Erw. 2b).

2.4 Materiellrechtlich ist umstritten, ob die Beschwerdeführerin das im März 2004 erneut gestellte Rentenbegehren zu Recht abgelehnt hat. Dies hängt davon ab, ob sich der Invaliditätsgrad während des Zeitraums zwischen dem Erlass der Verfügung vom 14. Januar 1998 und dem Einspracheentscheid vom 21. Oktober 2005 in einer anspruchserheblichen Weise verändert hat (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5 mit Hinweisen).

## E. 3

3.1 Mit Verfügung vom 14. Januar 1998 wurde ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers rechtskräftig verneint. Die Beschwerdeführerin gelangte damals in medizinischer Hinsicht zum Ergebnis, der Beschwerdeführer sei im März 1996 in seiner Erwerbsfähigkeit nur kurzfristig eingeschränkt und in seinem bisherigen Tätigkeitsbereich bereits ab 24. März 1996 wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Zudem seien der Stellenverlust im Juni 1996 und die seither andauernde Erwerbslosigkeit auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen (Urk. 8/13).

3.2 Die Beschwerdeführerin stützte sich dabei auf die Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. E.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Universitätsspital F.\_\_\_\_ (F.\_\_\_\_), vom 3. September 1997 (Urk.

8/25/2) und von Dr. med. G.\_\_\_\_, Arzt fÄ¼r Allgemeine Medizin FMH, vom 29. September 1997 (Urk. 8/24/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierten ein rezidivierendes Panvertebralsyndrom lumbospondylogen linksbetont, zur Zeit asymptomatisch mit/bei leichten degenerativen VerÄ¼nderungen (Chondrose L1/2, L4/5 sowie L5/S1, kleine paramedian links laterale Diskushernie L1/2) und attestierten dem BeschwerdefÄ¼hrer eine ArbeitsunfÄ¼higkeit von 50 % vom 14. bis 24. MÄ¼rz 1996 und eine 100%ige ArbeitsfÄ¼higkeit in der bisherigen TÄ¼tigkeit ab 24. MÄ¼rz 1996 (Urk. 8/25/1 Ziff. 1.5, Urk. 8/25/2 Ziff. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. G.\_\_\_\_ diagnostizierte eine larvierte Depression mit Somatisierung und hielt fest, ein Psychiater sollte sowohl die heutige als auch die zukÄ¼nftige ArbeitsfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers beurteilen (Urk. 8/24/2 S. 2).

3.3Ä Ä Ä Ä Auf diese verbindlichen Feststellungen der Beschwerdegegnerin zum Gesundheitszustand des BeschwerdefÄ¼hrers im Vergleichszeitpunkt vom 14. Januar 1998 ist vorliegend abzustellen. Demnach ist davon auszugehen, dass der BeschwerdefÄ¼hrer am 14. Januar 1998 in somatischer Hinsicht an gesundheitlichen BeeintrÄ¼chtigungen im Bereich der LendenwirbelsÄ¼ule litt, ohne dadurch in seiner ArbeitsfÄ¼higkeit massgeblich beeintrÄ¼chtigt gewesen zu sein. Dem BeschwerdefÄ¼hrer war daher die AusÄ¼bung einer kÄ¼rperlich leichten, behinderungsangepassten TÄ¼tigkeit im Umfang eines Arbeitspensums von 100 % zuzumuten.

#### E. 4

4.1Ä Ä Ä Ä Dr. med. H.\_\_\_\_, Chiropraktor, behandelte den BeschwerdefÄ¼hrer vom 23. September 2003 bis 27. L.\_\_\_\_ 2004 (Urk. 8/22/1 lit. D, Ziff. 1) und nannte in seinem Bericht vom 24. Mai 2004 folgende Diagnosen (Urk. 8/22/3 lit. A):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

- Chronisches HalswirbelsÄ¼ulen- (HWS-)Syndrom

- Chronisches thorakolumbovertebrales Syndrom mit pseudoradikulÄ¼ren Ausstrahlungen in beiden Beinen bei Diskushernie (DH) L1/L2 sowie L5/S1 bestehend seit 1995

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner bisherigen TÄ¼tigkeit als Mechaniker sei der BeschwerdefÄ¼hrer seit dem 1. Januar 2004 zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig (Urk. 8/22/1 lit. B). Der Gesundheitszustand verschlechtere sich, und der BeschwerdefÄ¼hrer habe sich darÄ¼ber beklagt, in letzter Zeit oft in depressiver Stimmung gewesen zu sein (Urk. 8/22/1 lit. C, Urk. 8/22/3 lit. D, Ziff. 3). Dr. H.\_\_\_\_ hielt fest, dass seiner Meinung nach ein grosser Teil der Schmerzen psychosomatischer Natur sei, was jedoch von einer Fachperson bestÄ¼tigt werden mÄ¼sste. Deshalb habe er dem BeschwerdefÄ¼hrer eine Untersuchung durch einen Psychiater empfohlen (Urk. 8/22/3 lit. D, Ziff. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der BeschwerdefÄ¼hrer sollte nur selten Lasten von mehr als 25 kg heben und tragen oder Arbeiten mit grÄ¼sserem Kraftaufwand ausfÄ¼hren (Urk. 8/22/2 S. 1). Die psychischen Funktionen seien uneingeschrÄ¼nkt. Die bisherige BerufstÄ¼tigkeit sei dem BeschwerdefÄ¼hrer ab 1. Juli 2004 halbtags zumutbar und eine der Behinderung angepasste TÄ¼tigkeit ganztags (Urk. 8/22/2 S. 2).

4.2Ä Ä Ä Ä Der BeschwerdefÄ¼hrer war vom 5. bis 13. Mai 2004 in der Psychiatrischen Privatklinik, I.\_\_\_\_, in einer stationÄ¼r-psychiatrischen Behandlung (Urk. 8/21/3 S. 1). Dr.

med. J.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. K.\_\_\_\_, AssistenzÄrztin, nannten in ihrem Austrittsbericht vom 21. Juni 2004 folgende Diagnosen (Urk. 8/21/3 S. 1):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

- Schmerzstörung (F45.4)
- Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (F43.22)
- Benzodiazepin-Abusus (F13.1)
- Schmerzmittel-Abusus (Ponstan, Dolocil)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Somatische Nebendiagnosen

- Essentielle Hypertonie
- Status nach Hämorrhoiden
- Bandscheibenleiden: Diskopathie L4/L5 und L1/L2

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Beurteilung hielten die Ärzte fest, diagnostisch würden ein Schmerzsyndrom und eine Anpassungsstörung der schwierigen sozialen Situation im Vordergrund stehen. Subjektiv sei eine Besserung des psychischen Zustandsbildes mit Linderung der Unruhe und Anspannung sowie leichter Besserung des Schlafes unter Zyprexa eingetreten. Eine Klärung der Konfliktsituation in der Familie sowie eine psychopharmakologische Umstellung habe der Beschwerdeführer abgelehnt und eine kurzfristige Entlassung gewünscht (Urk. 8/21/3 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer habe sich eine Abnahme der Belastungen mit Auszahlung einer Invalidenrente und eine Abnahme der Symptome mit der Einnahme von Antidepressiva erhofft. Für andere Behandlungsversuche sei der Beschwerdeführer nicht zu motivieren gewesen. Seit Jahren bestehe eine Chronifizierung der Schmerzen, die zu verschiedenen Einschränkungen bis letztlich zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Es sei unklar, ob der Beschwerdeführer bei einer weiteren Ablehnung von psychiatrischen und psychotherapeutischen Massnahmen je wieder arbeitsfähig werden könne (Urk. 8/21/3 S. 4).

4.3 Ä Ä Ä Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, der den Beschwerdeführer vom 3. bis 17. November 2003 und seit 18. Mai 2004 behandelt, diagnostizierte in seinem Bericht vom 31. August 2004 (Urk. 8/21/2) eine seit 2003 bestehende somatoforme Schmerzstörung und eine depressive Reaktion (Anpassungsstörung; Urk. 8/21/2 lit. A).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. L.\_\_\_\_ hielt fest, nicht daran zu zweifeln, dass der Beschwerdeführer unter seinen Symptomen stark leide, es sei jedoch sehr schwierig, objektiv die psychischen Befunde festzulegen (Urk. 8/21/2 lit. D, Ziff. 5). Eine ambulante psychiatrische Behandlung mit Antidepressiva habe bisher wenig Besserung gebracht, und eine ambulante psychiatrische Behandlung bringe weiterhin wenig. Der Beschwerdeführer benötige psychiatrische Hilfe, doch sei unklar, ob die Therapiemethoden versagt hätten oder der Beschwerdeführer therapieresistent sei. Deshalb habe er zusammen mit Dr. H.\_\_\_\_ bei der Krankenkasse eine stationäre interdisziplinäre Rehabilitation mit enger Begleitung bei einem Aufbautraining und der

Beurteilung der praktischen Arbeitsfähigkeit vorgeschlagen. Eine objektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im ambulanten Setting sei ihm nicht möglich (Urk. 8/21/2 lit. D, Ziff. 7).

4.4 Dr. med. M. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, untersuchte den Beschwerdeführer am 31. Januar und 11. Februar 2005 und nannte in seinem Bericht vom 1. L. \_\_\_\_, 2005 (Urk. 8/19/3) zuhanden von Dr. med. N. \_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin und Arbeitsmedizin FMH, folgende Diagnosen (Urk. 8/19/3 S. 1):

Dr. med. M. \_\_\_\_,

- chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
- somatoforme Schmerzstörung
- psychosoziale Belastungssituation
- anamnestisch Anpassungsstörung und depressive Reaktion
- Adipositas
- Hypertonie

In seiner Beurteilung führte Dr. M. \_\_\_\_, aus, es hätten sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben, die weiterhelfen könnten. Es falle die Diskrepanz zwischen den bescheidenen objektiven Befunden und der subjektiven Schmerzangabe auf. Insgesamt erklärten sich die Schmerzen durch eine Bewegungsapparathypothese nicht plausibel, weshalb von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen sei. Helfen könnte eine psychotherapeutische Betreuung im Sinne einer kognitiven Verhaltenstherapie, die die Konzentration auf vorhandene Ressourcen und nicht auf Defizite fördere (Urk. 8/19/3 S. 2).

Aus rheumatologischer Sicht sei der noch junge Familienvater als Maschinenmechaniker nicht arbeitsunfähig. Eine leichte Einschränkung von höchstens 10 % in dem Sinn, dass ausgesprochen schwere Arbeiten nicht durchführbar seien, könne durch die Adipositas und die durch die lange Inaktivität bedingte muskuläre Dekonditionierung begründet werden. Ob die psychiatrische Komorbidität zu einer weiter gehenden Arbeitsunfähigkeit führe, könne er nicht entscheiden (Urk. 8/19/3 S. 2).

4.5 Der Beschwerdeführer wurde durch Dr. Hofer bei einem Verdacht auf symptomatische Gonarthrose Dr. med. O. \_\_\_\_, Spezialarzt Chirurgie FMH, zur konsiliarischen Beurteilung seiner Kniegelenke zugewiesen (Urk. 8/18/3).

Dr. O. \_\_\_\_, hielt in seinem Bericht vom 11. L. \_\_\_\_, 2005 (Urk. 8/18/3) fest, im klinischen Status beidseits ergussfreie, frei bewegliche Kniegelenke mit rechtsseitigem leichtem Extensionsdefizit gefunden zu haben. Es lägen keine Hinweise für eine Meniskussymptomatik oder eine ligamentäre Insuffizienz vor. Konventionell radiologisch zeigten sich leichte altersentsprechende subchondrale Sklerosierungen medialbetont und eine etwas lateralisierte Patellae, aber keine Zeichen für eine fortgeschrittene Gonarthrose.

Im Gespräch mit dem Beschwerdeführer habe sich heraus gestellt, dass dieser bezüglich des Bewegungsapparates vor allem durch lumbal ausstrahlende Rückenschmerzen im täglichen Leben eingeschränkt sei und weiter eine

therapiebedürftige Depression im Vordergrund stehe (Urk. 8/18/3).

4.6. Dr. med. P. \_\_\_\_, Arzt und Psychoanalytiker, interviewte den Beschwerdeführer am 18. März und 7. Juni 2005 psychiatrisch und bestatigte in seinem Bericht vom 14. Juli 2005 (Urk. 8/17/2) die von Dr. J. \_\_ und Dr. K. \_\_ diagnostizierte Schmerz- und Anpassungsstörung, wobei er darauf hinwies, dass eine depressive Entwicklung im Vordergrund stehe, die sich durch die längere Arbeitslosigkeit und die damit zusammenhängenden familiären Probleme ergeben habe (Urk. 8/17/2 S. 1, S. 4). Die erhebliche Depressivität mit Suizidgedanken habe sich als therapieresistent erwiesen und zeige eine zunehmende Tendenz (ICD-10:F32.11; Urk. 8/17/2 S. 4).

Der Beschwerdeführer sei bereits seit über einem Jahr lediglich noch im Ausmass von 30 % arbeitsfähig und könne nur noch den Familienhaushalt notdürftig besorgen. Die Hospitalisierung im I. \_\_ habe keine wesentliche Besserung mit sich gebracht. Die im Austrittsbericht attestierte leichte subjektive Besserung sei vermutlich der Entfernung des Beschwerdeführers aus dem Familienverband zuzuschreiben (Urk. 8/17/2 S. 4 f.).

## E. 5

5.1 Die aus somatischer Sicht gestellten Diagnosen stimmen im Wesentlichen überein (Urk. 8/19/3, Urk. 8/21/3, Urk. 8/22/3). Aufgrund der medizinischen Akten, insbesondere des Berichts von Dr. M. \_\_ vom 1. L. \_\_ 2005 (Urk. 8/19/3), steht fest, dass der Beschwerdeführer an rheumatologischen Beeinträchtigungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule leidet. Die Befunde sind jedoch nach Auffassung von Dr. M. \_\_ nicht derart schwerer Natur, dass sie den Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit in einer Weise beeinträchtigten, dass eine weitere vollzeitliche Ausübung insbesondere der bisherigen Tätigkeit als Maschinenmechaniker unzumutbar wäre.

Laut Arbeitgeberbericht vom 19. Mai 2004 (Urk. 8/41/2) hob oder trug der Beschwerdeführer manchmal leichte Lasten bis 10 kg und oft mittelschwere Lasten von 10 bis 25 kg (Urk. 8/41/2 S. 1 f.). Mangels entsprechender Angaben der Arbeitgeberin ist jedoch davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nie mit schweren Lasten über 25 kg arbeitete, so dass seine bisherige Tätigkeit als Kaltverformer als leicht bis mittelschwer zu qualifizieren ist. In diesem Lichte gesehen stimmt die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. M. \_\_ insofern mit derjenigen von Dr. H. \_\_ im Bericht vom 18. Mai 2004 (Urk. 8/22/2) überein, als dieser eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 100 % als zumutbar erachtete. Dass gemäss Dr. M. \_\_ die Adipositas und die durch die lange Inaktivität bedingte muskuläre Dekonditionierung zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von höchstens 10 % für ausgesprochen schwere Arbeiten führen, ist vor diesem Hintergrund somit unbeachtlich.

Diese Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit überzeugen, zumal sie einerseits der vom Beschwerdeführer selber angegebenen und von der Arbeitslosenkasse festgelegten 100%igen Vermittlungsfähigkeit nicht entgegen stehen (Urk. 8/35). Andererseits ist dem Bericht von Dr. O. \_\_ vom 11. L. \_\_ 2005 (Urk. 8/18/3) zu entnehmen, dass die Beschwerden in den Kniegelenken durch leichte altersentsprechende subchondrale Sklerosierungen medialbetont und eine etwas lateralisierte Patellae verursacht werden. Insbesondere bestatigten weder der klinische Befund noch das konventionelle Röntgenbild eine Diagnose einer ausgeprägten Gonarthrose.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In somatischer Hinsicht ist somit auf die in den Berichten von Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ enthaltene und überzeugende Schlussfolgerung abzustellen. Demzufolge ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit für eine leichte bis mittlere Tätigkeit, mithin die bisherige Berufstätigkeit als Kaltverformer, auszugehen.

5.2 Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer machte gestützt auf den Bericht von Dr. P.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2005 (Urk. 8/17/2) geltend, nur noch im Umfang von 30 % arbeitsfähig zu sein (Urk. 1 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. P.\_\_\_\_ bestätigte in seinem medizinisch-psychiatrischen Bericht vom 14. Juli 2005 (Urk. 8/17/2) die bereits von Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 21. Juni 2004 (Urk. 8/21/3) genannten Diagnosen einer Schmerzstörung (F45.5) sowie einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (F43.22), unter Hinweis darauf, dass eine depressive Entwicklung im Vordergrund stehe. Überdies wies Dr. P.\_\_\_\_ als Grund für das Unvermögen des Beschwerdeführers, einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachzugehen, eine Reihe persönlicher, familiärer und soziokulturelle Umstände aus. So erwähnte er als Entstehungsbedingungen der depressiven Entwicklung insbesondere die längere Arbeitslosigkeit und die damit in Zusammenhang stehenden familiären Probleme. Dies ist nachvollziehbar, zumal der Beschwerdeführer anlässlich der beiden Interviews über finanzielle Schwierigkeiten klagte, die seine Familie bedrohten und ihn derart bedrückten, dass er nicht mehr ein und aus wisse (Urk. 8/17/2 S. 2). Ähnlich äusserten sich Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_, indem sie darüber berichteten, wie sich die depressive Verstimmung des Beschwerdeführers, die Angst mit Aggression und die Schlaflosigkeit mit zunehmenden finanziellen Schwierigkeiten und den familiären Konflikten verschlimmert hätten. Aus kulturellen Gründen fühle sich der Beschwerdeführer verpflichtet, finanziell für seine Familie aufzukommen und habe grosse Ängste entwickelt, dass die Familie auseinander gehen könnte, falls er nicht mehr in der Lage sein sollte, diese zu ernähren. Nach dem Tod zweier Verwandten infolge Herzinfarkts habe er zudem zusätzliche Ängste entwickelt, ebenfalls an einer solchen Krankheit zu sterben (Urk. 8/21/3 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Entscheidend ist im Zusammenhang mit der Beurteilung durch Dr. P.\_\_\_\_, dass sie hinsichtlich Befunden und Diagnosen weitgehend mit den anderen Beurteilungen übereinstimmt, nicht jedoch bezüglich deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Gerade in diesem Punkt mangelt es der Einschätzung durch Dr. P.\_\_\_\_ aber an einer überzeugenden Begründung. Es sind den auch diesbezüglich übereinstimmenden ärztlichen Berichten nämlich keine konkreten Anhaltspunkte zu entnehmen, aus denen sich auf einen invalidisierenden Charakter der festgestellten Depressivität schliessen liessen. Im Gegenteil wurde berichtet, dass der Beschwerdeführer selber kocht und einkauft, Therapien - soweit er sich empfohlenen medizinischen Massnahmen nicht verweigert - besucht und keine Anzeichen für einen sozialen Rückzug erkennen lässt. Vor diesem Hintergrund vermag die von Dr. P.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit von lediglich noch 30 % nicht zu überzeugen.

5.3 Ä Ä Ä Ä Die im Rahmen der stationär-psychiatrischen Behandlung in der Psychiatrischen Privatklinik, I.\_\_\_\_, gestellte Diagnose der Schmerzstörung (F45.4) vermag als solche in der Regel keine Invalidität im Sinne von Art. 4 IVG zu bewirken (vgl. vorstehend Erw. 1.8). In Würdigung der Aktenlage und insbesondere der obigen Ausführungen ist bezüglich der zusätzlich gestellten Diagnose einer

Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (F43.22) davon auszugehen, dass es sich dabei nicht um eine selbständige psychische Störung im Sinne einer psychischen Komorbidität handelt.

Die Angaben des Beschwerdeführers lassen zudem nicht auf einen schwerwiegenden sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens schliessen, zumal er sozial als gut eingebunden gilt, engagierte er sich doch mindestens bis Juni 2004 als Fussballtrainer bei den Junioren und nimmt mit Kollegen an Jass-Abenden teil (Urk. 8/21/2 lit. D, Ziff. 5, Urk. 8/21/3 S. 2). Auch die weiteren praxisgemässen Faktoren sind nicht in besonderer Ausprägung vorhanden. So liegt bei einer laut Dr. L. \_\_\_ seit 2003 bestehenden Schmerzstörung und einer sich seit Mai 2004 verstärkenden depressiven Entwicklung mit Schmerzsyndrom noch kein langjähriger Krankheitsverlauf vor. Ein Indiz hierfür bilden die Angaben der Ärzte des Sanatoriums Kilchberg, wonach der Beschwerdeführer nach einer subjektiv eingetretenen Besserung des psychischen Gesundheitszustands und einer leichten Besserung des Schlafes das Angebot einer weiteren Klärung der Konfliktsituation in der Familie sowie eine psychopharmakologische Umstellung ablehnte. Vielmehr wünschte er eine kurzfristige Entlassung. Ausserdem bewirken die diagnostizierten körperlichen Begleiterkrankungen bezüglich einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit respektive die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Kaltverformer aus ärztlicher Sicht gemäss Dr. M. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ weder Einschränkungen des Leistungsvermögens (vgl. vorstehend Erw. 5.1; Urk. 8/19/2 S. 2, Urk. 8/22/2 S. 2), noch bestehen Anhaltspunkte dafür, dass sie eine ausgeprägte, die zumutbare Willensanstrengung negativ beeinflussende psychische Belastungssituation verursachen. Ein primärer Krankheitsgewinn liegt ebenso wenig vor wie ein Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung. Im Gegenteil geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer für andere Behandlungsversuche nicht zu motivieren gewesen sei (Urk. 8/21/3 S. 4). Ebenso wenig geht aus den medizinischen Akten, mit Ausnahme der psychiatrischen Behandlung bei Dr. L. \_\_\_, hervor, dass sich der Beschwerdeführer um eine von Dr. L. \_\_\_ zusammen mit Dr. H. \_\_\_ bei der Krankenkasse vorgeschlagenen stationären interdisziplinären Rehabilitation mit enger Begleitung bei einem Aufbautraining gekümmert hätte (Urk. 8/21/2 lit. D, Ziff. 7). Vor dem Hintergrund, dass das Zustandsbild durch die stationär-psychiatrische Behandlung leicht verbessert werden konnte und Dr. L. \_\_\_ eine psychiatrische Hilfe weiterhin als notwendig erachtete (Urk. 8/21/2 lit. D, Ziff. 7, Urk. 8/21/3 S. 3), lässt sich schliesslich auch eine Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung nicht rechtfertigen.

Aus rechtlicher Sicht sprechen demnach keine hinreichenden Gründe dafür, dass die psychischen Ressourcen es dem noch jungen Beschwerdeführer nicht erlaubten, trotz seiner Schmerzen eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit - wie er sie bereits bis anhin als Kaltverformer ausgeübt hat - weiterhin in vollem Umfange auszuüben.

Die dargelegte Würdigung der ärztlichen Beurteilungen führt zusammenfassend zur Sachverhaltsfeststellung, dass

eine invaliditätsrelevante Veränderung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im massgebenden Vergleichszeitraum vom 14. Januar 1998 bis 21. Oktober 2005 nicht ausgewiesen ist und ihm eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, mithin die bisherige Tätigkeit als Kaltverformer, nach wie vor

ganztags zumutbar ist.

6. Eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist nach Gesagtem demnach nicht mit dem vorausgesetzten Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Somit ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zum Sachverhalt, welcher der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Januar 1998 (Urk. 8/13) zu Grunde lag, seither nicht in einer die Erwerbsfähigkeit massgeblich beeinflussenden Weise geändert hat. An diesem Beweisergebnis vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Insbesondere kann von weiteren Beweismassnahmen, wie der Anordnung weiterer medizinischer Abklärungen, abgesehen werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d, 119 V 344 Erw. 3c je mit Hinweisen).

Die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung seines Gesundheitszustandes im November 2006 (Urk. 10) liegt ausserhalb der im vorliegenden Verfahren zu beurteilenden Zeitspanne, welche vom Datum des angefochtenen Entscheids (21. Oktober 2005) begrenzt wird. Veränderungen, die seit November 2005 eingetreten sind, hat der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin mitzuteilen.

7. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mangels einer im revisionsrechtlichen Sinne erheblichen Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse verneinte. Somit ist die gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. Oktober 2005 erhobene Beschwerde daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Marco Mona

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherung

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

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

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

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