

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00020 vom 3. Februar 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-02-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00020

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00020 du 3 février 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00020 del 3 febbraio 2005

Erwägungen

E. 1

Aufgrund des Urteils des hiesigen Gerichts vom 25. Juli 2001 bezieht der 1964 geborene F. __, der am 30. Dezember 1996 einen Knieunfall erlitten hatte, seit dem 1. Dezember 1997 eine abgestufte Rente der Invalidenversicherung (IV) zuzüglich entsprechender Kinder- und Ehegattenzusatzrenten, denen ein 100%iger und ab 1. Dezember 1998 ein 54%iger Invaliditätsgrad zugrunde liegt (Prozess-Nr. IV.1999.00627). Am 22. Oktober 2002 ersuchte F. __ um eine Rentenerhöhung, worauf die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, die Berichte der behandelnden Ärzte sowie ein psychiatrisches Gutachten bezog (Urk. 9/22-27). Mit Verfügung vom 27. Juni 2003 (Urk. 8/7) und Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2003 lehnte sie eine Rentenerhöhung ab (Urk. 2).

2. Gegen den Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2003 erhob der Rechtsanwalt des Versicherten am 8. Januar 2004 Beschwerde mit folgendem Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2):

1. Der Einspracheentscheid der Vorinstanz sei aufzuheben.

2. Das Verfahren sei an die Vorinstanz zurückzuweisen und sie anzuweisen, den medizinischen Sachverhalt abklären zu lassen.

3. Es sei die Vorinstanz anzuweisen, mit der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) mit Bezug auf die Erstellung des medizinischen Sachverhalts zu koordinieren.

4. Evt. sei das vorliegende Verfahren bis zum Vorliegen des Ergebnisses der durch die SUVA durchzuführenden medizinischen Abklärungen zu sistieren.

5. Evt. sei dem Beschwerdeführer eine voll Rente zuzusprechen.

6. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zukommen zu lassen.

7. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, schloss in der Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2004 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Am 22. März 2004 wurde der den Beschwerdeführer vertretende Rechtsanwalt zu dessen unentgeltlichem Rechtsvertreter bestellt und der Schriftenwechsel geschlossen (Urk. 12). Am 28. September 2004 reichte der Beschwerdeführer das Gutachten von Dr. med. A. __, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 14. September 2004 ein (Urk. 13-14). Die IV-Stelle liess sich dazu nicht vernehmen.

305 Erw. 1a und S. 308 f. Erw. 2a sowie ZAK 1992 S. 170 f. Erw. 2a).

Unter gewissen Umständen können somatoforme Schmerzstörungen eine Arbeitsunfähigkeit verursachen. Sie fallen unter die Kategorie der psychischen Leiden, für die grundsätzlich ein psychiatrisches Gutachten erforderlich ist, wenn es darum geht, über die durch sie bewirkte Arbeitsunfähigkeit zu befinden. In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen mithin die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Invalidität allein nicht; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht gewährleisten liesse (BGE 130 V 351 Erw. 2.2.2 mit Hinweisen).

Das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens mit Krankheitswert - worunter anhaltende somatoforme Schmerzstörungen grundsätzlich fallen - ist aus rechtlicher Sicht wohl Voraussetzung, nicht aber hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Namentlich vermag nach der Rechtsprechung eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken. Ein Abweichen von diesem Grundsatz fällt nur in jenen Fällen in Betracht, in denen die festgestellte somatoforme Schmerzstörung nach Einschätzung des Arztes eine derartige Schwere aufweist, dass der versicherten Person die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung - und unter Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind - sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder dies für die Gesellschaft gar untragbar ist. Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt jedenfalls das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. So sprechen unter Umständen (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, (2) ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, (3) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ["Flucht in die Krankheit"]); oder schliesslich (4) unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 mit Hinweisen).

1.4 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen

Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wÄ¼rdigen und die GrÄ¼nde anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ä¼rztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser GrundsÄ¼tze entscheidend, ob es fÄ¼r die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berÄ¼cksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nÄ¼tig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen ZustÄ¼nde und ZusammenhÄ¼nge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begrÄ¼ndet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prÄ¼fend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszurÄ¼mende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmÄ¼glichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ä¼rztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2.ÄÄÄÄÄÄ Mit dem ursprÄ¼nglichen Rentenentscheid vom 21. September 1999 war einem Lumbovertebralsyndrom bei intraspongiÄ¼ser Diskushernie L5/S1 ohne neurokompressiven Effekt und einem Zustand nach partieller Menishektomie rechts medial mit beginnender Gonarthrose und muskulÄ¼rer Insuffizienz Rechnung getragen worden. Es liegt ihm zudem die Annahme zugrunde, dass ab September 1998 wieder eine der Behinderung angepasste Arbeit zu einem 50%igen Pensum verrichtet werden kÄ¼nne (Urk. 8/16).

ÄÄÄÄÄÄÄÄ Aufgrund des Ergebnisses des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. B. __, Spezialarzt FMH fÄ¼r Psychiatrie/Psychotherapie, und aufgrund der Berichte von PD Dr. med. C. __, Spezialarzt FMH fÄ¼r OrthopÄ¼dische Chirurgie, ging die IV-Stelle im angefochtenen Revisionsentscheid davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seither nicht in rentenbeeinflussender Weise verÄ¼ndert habe.

DemgegenÄ¼ber macht der BeschwerdefÄ¼hrer geltend, er leide nicht nur unter Schmerzen, die vom Knieunfall herrÄ¼hrten, sondern inzwischen seien auch an der HalswirbelsÄ¼ule Diskushernien entstanden. Zudem bestÄ¼nden eine Prostatitis und eine psychische EinschrÄ¼nkung (Urk. 1 S. 4). Dabei beruft er sich in erster Linie auf den Bericht seines Hausarztes, Dr. med. D. __, Spezialarzt FMH fÄ¼r Allgemeine Medizin, der ihn seit dem 7. Oktober 1999 behandelt.

E. 3

3.1ÄÄÄÄ Dr. D. __ wies in dem aufgrund der Untersuchung vom 5. November 2002 erstellten Bericht vom 24. November 2002 (Urk. 8/26) darauf hin, dass der BeschwerdefÄ¼hrer durch die langdauernde chronische Krankheit im Laufe der letzten Jahre psychisch alteriert habe. Das Konzentrations- und AuffassungsvermÄ¼gen, die AnpassungsfÄ¼higkeit und die Belastbarkeit seien deshalb eingeschrÄ¼nkt. Differentialdiagnostisch zog er eine PersÄ¼nlichkeitsstÄ¼rung und eine Depression in Betracht. Nebst einem chronischen Lumbovertebralsyndrom bei WirbelsÄ¼ulen-Fehlhaltung, Discopathie L5/S1 mit anhaltenden Schmerzen und

Gonarthrose rechts bei Status nach dreimaliger arthroskopischer Teilmenisektomie medial
Äusserte er den Verdacht einer Gonarthrose links und wies auf die chronische Prostatitis
hin. Ferner diagnostizierte er ein chronisches cervicospondylogenes Syndrom, das
exazerbiert und sich seit Juli 2002 anhaltend verschlechtert habe, indem Dauerschmerzen
im Nacken mit rechtsbetonter Ausstrahlung bis in die Finger und stark eingeschränkter
Beweglichkeit der Halswirbelsäule aufgetreten seien. Durch die Schmerzen im Bereich
des rechten Knies sei er beim Gehen stark eingeschränkt. In jeder Körperhaltung
beständen Lumbalgien, und es träten atemabhängige Oberbauchschmerzen rechts
auf. Bei Kälte und langem Sitzen verstärkte sich die Dysurie. Dr. D. __ hielt unter
anderem fest, dass die allgemeinen internistischen Befunde bland, an beiden Knien keine
Schwellungen und keine sicheren radikulären Zeichen vorhanden seien. Er bezeichnete
den Gesundheitszustand des Versicherten als sich verschlechternd und eine
Erwerbstätigkeit als nicht mehr zumutbar (Urk. 1 S. 6-7).

3.2 Ä Ä Ä Dr. med. E. __, Spezialarzt FMH für Orthopädie und orthopädische
Chirurgie, gab im Bericht vom 5. November 2002 (Urk. 8/27) an, dass sich der Zustand des
Versicherten offenbar eher verschlechtert habe. Die bisherigen Beschwerden seien nach wie
vor vorhanden. Doch seien noch neue Beschwerden hinzugetreten, die von Dr. C. __
abgeklärt würden.

3.3 Ä Ä Ä Wie sich aus dem Bericht von Dr. C. __ vom 29. Oktober 2002 (Urk. 8/27)
ergibt, behandelte dieser orthopädische Chirurg den Beschwerdeführer vom 26. Juni
1999 bis am 13. November 2001 und untersuchte ihn dann wieder am 28. Oktober 2002.
Über die letztgenannte Untersuchung berichtete er, der Beschwerdeführer klage über
die alten Rückenbeschwerden, doch strahlten diese nun auch in den rechten Arm aus. Dr.
C. __ stellte die Diagnose einer interspongiösen Diskushernie L5 und einer
Cervicobrachialgie rechts. Als Befunde erhob er eine Streckhaltung der Halswirbelsäule
und pseudospondylogene lumbale Beschwerden. Zur Arbeitsfähigkeit erklärte er, die
bisher bescheinigten 50 % hätten weiterhin Geltung. Doch seien noch weitere
Abklärungen bezüglich der Cervicobrachialgie pendent. Eine zusätzliche erhebliche
klinische Einschränkung sei bisher jedoch noch nicht fassbar geworden.

Nachdem eine Magnetresonanztomographieuntersuchung in der G. __ am 31. Oktober 2002 eine
Diskushernie C5/6 rechts ergeben hatte (Urk. 8/24), wies Dr. C. __ im Bericht vom 10.
Dezember 2002 (Urk. 8/25) auf diese zusätzliche Diagnose und die nunmehr
eingeschränkte Funktionsfähigkeit des rechten Armes hin. Dementsprechend änderte
er im Formular vom 1. April 2003 (Urk. 8/23) die Beurteilung der Arbeitsbelastung im
Vergleich zu derjenigen im Bericht vom 29. Oktober 2002 (Urk. 8/28) insofern, als
bezüglich des Hantierens mit Werkzeugen an der ursprünglich als zumutbar
angekreuzten Häufigeren Handrotation nicht mehr festgehalten, sondern diese Rubrik offen
gelassen wurde. Auch wurde die Frage nach einer eingeschränkten Beidhändigkeit nicht
mehr verneint, sondern ebenfalls offen gelassen. Trotzdem erklärte Dr. C. __ im aktuellen
Bericht, dass sich seit dem Bericht vom 10. Dezember 2002 am Zustand und an der
Arbeitsfähigkeit nichts geändert habe. Dem Beschwerdeführer sei bei subjektiv
unverändertem Verlauf, aber massivem Leidensdruck in der bisherigen und in einer der
Behinderung angepassten Tätigkeit halbtagsweise eine Erwerbstätigkeit zumutbar. Er
bezeichnete die Prognose als reserviert. Als therapeutische Massnahme empfahl er
die Fortsetzung der physikalischen Therapie. Zur Frage nach beruflichen Massnahmen
erklärte er, eine stationäre Abklärung in H. __ wäre zu erwägen.

3.4. In dem im Auftrag der SUVA ergangenen Gutachten des orthopädischen Chirurgen Dr. A. vom 14. September 2004 wird die aufgrund der unfallbedingten rechtsseitigen Gonarthrose bewirkte Behinderung dahingehend beschrieben, dass das Gehen mit Gewichten über fünf Kilogramm gemieden werden sollte. Kauern und Leiternsteigen seien gar nicht und Treppensteigen nur sehr beschränkt möglich. Kauernd oder kniend zu arbeiten sei nicht zumutbar. Allein wegen der Unfallfolgen im rechten Kniegelenk wäre eine vorwiegend sitzende Tätigkeit während drei Stunden am Vormittag und zwei Stunden am Nachmittag zuzumuten, wobei der Versicherte sein Bein etwas ausstrecken können und die Möglichkeit haben sollte, während der Arbeit kurz aufzustehen und das Knie zu bewegen (Urk. 14 S. 12-14).

3.5. Die von der IV-Stelle veranlasste Abklärung bei Dr. med. B., Spezialarzt FMH für Psychiatrie/Psychotherapie, führte zur Diagnose einer mittelgradigen anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.5), und der Psychiater betrachtete laut Gutachten vom 13. Juni 2003 das Ausmass dieser Störung nicht als so gross, dass dadurch die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus psychischen Gründen beeinträchtigt werde. Angesichts der fehlenden psychiatrischen Komorbidität sei eher davon auszugehen, dass die subjektiv angegebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nur zu einem sehr geringen Teil psychopathologisch bedingt sei (Urk. 8/22 S. 12).

4. Dr. C.'s Verlaufsberichte sind äusserst knapp gehalten. Namentlich derjenige vom 1. April 2003 enthält keine Begründung dafür, warum die neu entstandene Cervicobrachialgie, die sich mit einer im Zeitpunkt der Rentenzusprechung noch nicht vorhanden gewesenen Diskushernie C5/6 erklärt, bezüglich des zumutbaren Arbeitspensums oder der Art der zumutbaren Tätigkeit zu keiner zusätzlichen somatisch bedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geführt hat. Immerhin wirft die aktuelle Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit die Frage auf, ob nunmehr auch die Funktion des rechten Armes beeinträchtigt ist.

Hinzu kommt, dass Dr. A. im Gutachten vom 14. September 2004 die am rechten Knie bestehenden Restbeschwerden als glaubhaft einstuft und festhält, dass die ursprünglich von der SUVA in den Vordergrund gestellten lumboischialgiformen Beschwerden das Erkennen der rein durch das Knie verursachten Beschwerden erschwert hätten. Auch ist seinem Gutachten zu entnehmen, dass die unfallbedingte Gonarthrose seit Mai 2000 weiter fortschritt und nun ein Ausmass erreicht hat, das nur noch eine tägliche Arbeitszeit von fünf Stunden zulässt (Urk. 14 S. 9). Ob dies bereits im Zeitpunkt des Revisionsgesuchs beziehungsweise des Einspracheentscheides der Fall war, geht aus Dr. A.'s Gutachten nicht hervor. Auch enthält es naturgemäss keine Angaben dazu, ob die lumbalen und cervikalen Beschwerden die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit zusätzlich einschränken. Die übrigen medizinischen Akten geben dazu ebenfalls keinen genauen Aufschluss.

Allein schon in somatischer Hinsicht besteht demnach bezüglich der sich stellenden Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten zwischen der Rentenherabsetzung und dem angefochtenen Einspracheentscheid in rentenbegründendem Ausmass verschlechtert habe, weiterer und umfassender Abklärungsbedarf. Dies um so mehr, als Dr. D. auch rheumatologische, urologische und internistische Beschwerden anführte und offen blieb, ob und seit wann die Dysurie Kälteexposition und langes Sitzen dauernd ausschliesst.

Erst nach Klärung der somatischen Grundlagen werden auch, soweit überhaupt erforderlich, die psychischen Aspekte geprüft werden können. Da die von Dr. B. diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung dadurch gekennzeichnet ist, dass sich für geklagte körperliche Symptome trotz adäquater medizinischer (Differential-)Diagnostik keine eindeutigen körperlichen Ursachen finden lassen (BGE 130 V 396 Erw. 6.1 mit Hinweisen), den beim Versicherten vorhandenen Knie- und Rückenbeschwerden aber durchaus ein somatisches Substrat zugrunde liegt, wird sich eine allfällige psychiatrische Abklärung nicht nur auf dieses Krankheitsbild konzentrieren können, sondern sich auch mit anderen in Betracht fallenden psychischen Krankheiten wie etwa die von Dr. D. genannte Depression oder Persönlichkeitsstörung auseinandersetzen müssen.

Demnach ist die Sache zwecks weiterer Abklärungen an die Verwaltung zurückzuweisen.

E. 5

Rechtsprechungsgemäss gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfolgung als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen). Der durch einen unentgeltlichen Rechtsbeistand vertretene Beschwerdeführer hat daher gestützt auf Art. 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) unter Berücksichtigung Bedeutung der Streitsache und des Schwierigkeitsgrades des Prozesses Anspruch auf eine Prozessentscheidung. Diese ist mit Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen und Rechtsanwalt Blöchlinger direkt zuzusprechen (Art. 89 Abs. 1 der nach Art. 28 lit. a GSVGer ergänzend anwendbaren Zivilprozessordnung).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2003 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über das Rentenrevisionsgesuch des Beschwerdeführers vom 22. Oktober 2002 neu verfolge.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, Rechtsanwalt Blöchlinger, Zürich, eine Prozessentscheidung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Pablo Blöchlinger
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

5. 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.