

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00820 vom 20. September 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-09-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00820

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00820 du 20 septembre 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00820 del 20 settembre 2005

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (hier: 18. Oktober 2004) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 4 Erw. 1.2 mit Hinweis). Ferner sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 130 V 259 Erw. 3.5, BGE 130 V 333 Erw. 2.3, BGE 130 V 425 Erw. 1.1, BGE 130 V 447 Erw. 1.2.1, je mit weiteren Hinweisen).

Nachdem der Einspracheentscheid der IV-Stelle am 18. Oktober 2004 ergangen ist, finden bei der Beurteilung des geltend gemachten Anspruchs sowohl die Bestimmungen des auf den 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) einschliesslich der damit verbundenen Änderungen der Invalidengesetzgebung als auch die mit der 4. IV-Revision auf den 1. Januar 2004 neu eingeführten oder geänderten Normen Anwendung.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

1.3 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen neuen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

1.4 Ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer andern Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich aus der Prüfung, was die versicherte Person bei im übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestände. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die

beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 150 Erw. 2c mit Hinweisen; AHI 1997 S. 288 ff. Erw. 2b, 1996 S. 197 f. Erw. 1c je mit Hinweisen).

1.5 Eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche vermag rechtsprechungsgemäss in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 7 f. ATSG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit 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 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. Kriterien für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung sind:

1. chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission

2. ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens

3. verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn, Flucht in die Krankheit)

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 (BGE 130 V 353 ff. Erw. 2.2).

Das Ausmass der durch eine somatoforme Schmerzstörung bewirkten Arbeitsunfähigkeit wird grundsätzlich gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten festgelegt (BGE 130 V 399 Erw. 5.3.2, BGE 131 V 149 Erw. 1.2).

1.6 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V

261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

Bei somatoformen Schmerzstörungen bilden die ärztlichen Stellungnahmen die unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und inwieweit ein Überwinden von Schmerzen und ein Verwerten der Arbeitskraft zumutbar ist (BGE 130 V 355 f. Erw. 2.2.5). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

E. 2

2.1 Strittig sind die Bemessungsmethode sowie der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 3 Ziff. 2). Vorweg zu prägen ist die Frage, ob überhaupt eine anspruchsbegründende Invalidität (vorstehend Erw. 1.2) vorliegt.

2.2 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin bei uneingeschränkter Gesundheit zu 50 % erwerbstätig und zu 50 % im Haushalt tätig wäre (Urk. 2 S. 3 lit. n, Urk. 8/9 S. 1 unten). Aufgrund der Arztberichte sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht ein Pensum von 50 % als Reinigerin zumutbar sei (Urk. 2 S. 4 lit. r). Somit bestehe keine Erwerbseinbusse (Urk. 8/9 S. 2 oben).

2.3 Die Beschwerdeführerin führte in ihrer Beschwerdeschrift aus, dass sie seit ihrer Einreise in die Schweiz (1981) bis 1988 eine Vollzeitstelle innegehabt habe (Urk. 1 S. 3). Sie leide bereits seit 1990 an Migräne und Drehschwindel, weswegen sie damals keine volle Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen habe (Urk. 1 S. 3 f.). Im Gesundheitsfall würde sie jedoch heute einer Erwerbstätigkeit von 100 % nachgehen (Urk. 1 S. 4 Mitte). Bei der Festsetzung des Valideneinkommens (richtig wohl: Invalideneinkommens) dürfe nicht ohne weiteres auf die Lohnstrukturerhebungen abgestellt werden, vielmehr müsse ein Abschlag wegen ihrer beruflichen Herkunft angebracht und der Tatsache, dass die Löhne für Hotelreinigung im Verhältnis zum Gastgewerbe insgesamt niedriger seien, Rechnung getragen werden (Urk. 1 S. 4 unten).

In der Einsprache vom 5. Juli 2004 (Urk. 8/5) hatte die Beschwerdeführerin zudem vorgebracht, dass sie an Schulterproblemen leide, welche auch eine reduzierte Arbeitsleistung von 50 % nicht erlauben würden. Sie brauche eine Behandlung und sei überhaupt nicht arbeitsfähig (Urk. 8/5 S. 3 Mitte).

E. 3

3.1 Dr. med. B. ____, Spezialarzt FMH für Neurologie, diagnostizierte am 12. Mai 1998 eine einfache Migräne ohne Aura, bestehend seit sechs Jahren. Die Beschwerdeführerin leide ein- bis zweimal pro Woche unter frontalen, seitenwechselnden Kopfschmerzen, welche manchmal tagelang anhalten würden und

selten mit Erbrechen verbunden seien (Urk. 8/18 S. 1).

3.2 Die Ärzte der C.____ diagnostizierten am 31. Oktober 2002 ein panvertebrales bis generalisiertes Schmerzsyndrom mit Verdacht auf Fibromyalgie (Urk. 8/17 S. 1). Die Beschwerdeführerin sehe sich nicht in der Lage, eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen, was auch der Ehemann für unmöglich halte. Der Skelettszintigraphie vom 16. Oktober 2002 liessen sich weder metastasenverdächtige Skelettläsionen noch entzündliche Prozesse entnehmen. Es bestehe eine leichte, rechtskonvexe Skoliose der Wirbelsäule mit Verdacht auf degenerative Veränderung sowie beginnender Arthrosen (Urk. 8/17 S. 1 f.). Aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; die Beschwerdeführerin sei zu 50 % als Zimmermädchen tätig gewesen und es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % seit 16. April 2000 bis heute (oder es sei eine solche attestiert worden) (Urk. 8/17 S. 1 Ziff. 3).

3.3 Dr. med. lic. phil. D.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte am 19. März 2003 zuhause der Ärzte des F.____ aus, dass aus therapeutisch-rehabilitativen Gründen eine absolute Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe (Urk. 3/5 = Urk. 8/16 S. 1 unten und S. 3 Mitte). Das subjektive Beschwerdebild wirke insgesamt angemessen und unter Würdigung psychodynamischer Befunde glaubhaft (Urk. 8/16 S. 2 Mitte). Psychosoziale, IV-fremde Stressoren seien sicher mitbestimmend für das Krankheitsbild (Urk. 8/16 S. 2 unten). Formal könne das Zustandsbild heute als prolongierte, gemischte Anpassungsstörung mittelschweren Ausprägungsgrades beschrieben werden (Urk. 8/16 S. 3 oben).

3.4 Die Ärzte des F.____ stellten am 24. April 2003 folgende Diagnose (Urk. 3/3 = Urk. 8/15 S. 2 Ziff. 1):

- Generalisiertes Schmerzsyndrom mit dysfunktionalem Krankheits- und Schmerzverhalten, wahrscheinlich im Rahmen einer prolongierten, gemischten Anpassungsstörung mit depressiver Alteration

- betont Panvertebralsyndrom

- Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, Übergewicht

- Leichtgradige Degeneration C4/5 und in den unteren LWS-Segmenten

- Rezidivierend migräneartige Episoden

Bei der Beschwerdeführerin bestanden seit 12 Jahren Migränebeschwerden in Kombination mit Drehschwindel und Erbrechen. In den letzten Jahren seien kontinuierlich progrediente Nackenschmerzen mit anfänglichen Ausstrahlungen in den rechten Arm aufgetreten. Im weiteren Verlauf habe sich das Schmerzgebiet über die ganze Wirbelsäule mit Ausstrahlung in alle Extremitäten ausgeweitet, begleitet von schmerzhaften Parästhesien in den Füssen, Knöchelschmerzen und Schlafstörungen. Nachdem ab Mai 2002 manipulative Techniken zu keiner Besserung geführt hätten und skelettszintigraphisch abgesehen von leichtgradigen Degenerationen vereinzelter Wirbelsäulenabschnitte und Gelenke keine Auffälligkeiten zu finden gewesen seien, sei der Verdacht auf Fibromyalgie geäussert worden. Die Beschwerdeführerin zeige Zeichen von Katastrophisierung ohne aktive Selbsthilfe- oder Bewältigungsstrategien mit fehlender Vorstellung einer

beruflichen Reintegration. Ein den Beschwerden zugrundeliegender somatischer Kern sei im Gesamtbild kaum zu erkennen. Die Funktionstests seien mehrheitlich selbstlimitiert abgebrochen worden (Urk. 8/15 S. 2 Ziff. 2).

Das arbeitsbezogen relevante Problem habe aufgrund der starken Selbstlimitierung nicht evaluiert werden können (Urk. 8/15 S. 3 Ziff. 3.1).

Die Ärzte des Universitätskrankenhauses ____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, stellten am 16. Juli 2003 gestützt auf die ambulanten Untersuchungen vom 17. März 2003 und vom 29. April 2003 folgende Diagnosen (Urk. 8/12 S. 1):

- Generalisiertes, panvertebral-betontes Schmerz-Syndrom

- leichte Wirbelsäulenfehlform mit degenerativen Veränderungen

- Haltungsinsuffizienz mit Dekonditionierung

- PHS tendinopathica beidseits bei degenerativen Veränderungen der Supraspinatus-Sehne

- Verdacht auf depressive Entwicklung mit somatoformer Schmerzstörung

- Hepatitis B

- Anamnestisch Migräne

Anamnestisch bestanden seit April 2002 diffuse Schmerzen des gesamten Schultergürtels mit Ausstrahlung in beide Arme. Trotz mehrmaliger Abklärungen lasse sich ein eindeutig organisches Korrelat als Erklärung für die Symptomatik nicht finden; die angegebenen Schmerzen könnten nicht hinreichend erklärt werden (Urk. 8/12 S. 1). Objektivieren liessen sich einzig degenerative Veränderungen im Bereich der Supraspinatussehnen der Schultern beidseits sowie entlang des Achsenskeletts und eine Haltungsinsuffizienz mit Dekonditionierung. Es fanden sich zurzeit keine Hinweise auf eine Erkrankung aus dem entzündlichen rheumatologischen Formenkreis (Urk. 8/12 S. 2 oben).

Dr. med. G. ____, welcher die Beschwerdeführerin seit 1983 behandelte (Urk. 8/14 S. 2 lit. D.1), stellte am 27. Januar 2004 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/14 S. 1 lit. A):

- Generalisiertes, panvertebral-betontes Schmerz-Syndrom

- leichte Wirbelsäulenfehlform mit degenerativen Veränderungen, Haltungsinsuffizienz mit Dekonditionierung

- PHS tendinopathica beidseits bei degenerativen Veränderungen der Supraspinatus-Sehne

- Verdacht auf depressive Entwicklung mit somatoformer Schmerzstörung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hepatitis B

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anamnestisch Migräne

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ab 16. April 2002 bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Urk. 8/14 S. 1 lit. B, S. 2 Mitte und S. 4 unten).

3.7 Ä Ä Ä Ä Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Arztbericht vom 4. August 2004 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäß ICD-10 F45.4 (Urk. 8/11 S. 1). Die leicht adipöse Beschwerdeführerin wechsle immer wieder ihre Sitzposition, angeblich wegen Schmerzen, und weise eine leidende Mimik und Gestik auf. Ferner beständen Konzentrations- und Frischgedächtnisstörungen bei formal-logisch kohärentem Denken. Inhaltlich sei dieses depressiv-appellativ, kreise um ihre Schmerzen und die schwierige Situation ihrer Eltern, verbunden mit der Äusserung von Schuldgefühlen, weil sie diesen nicht behilflich sein könne. Es beständen keine Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen, jedoch eine depressive Grundstimmung, Antriebshemmung, allgemeine Kraftlosigkeit, diverse körperliche Schmerzempfindungen, Migräneanfälle, Schlafstörungen, Trauer, Lustlosigkeit, Freudlosigkeit und Gräbeln. Ein affektiv-emotionaler Kontakt sei herstellbar und es bestehe keine Suizidalität (Urk. 8/11 S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin sei zu 50 % arbeitsunfähig und der Krankheitsverlauf tendiere zu Chronifizierung (Urk. 8/11 S. 2 Mitte).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Die Berichte der Ärzte der C.____ (Urk. 8/17), von Dr. D.____ (Urk. 8/16), der Ärzte des F.____ (Urk. 8/15) sowie des Universitätsspitals Zürich (Urk. 8/12), wie auch von Dr. H.____ (Urk. 8/11) sind hinsichtlich der strittigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen insbesondere die seitens der Beschwerdeführerin dargestellten Leiden, sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Es kann daher auf die darin vorgenommenen Beurteilungen abgestellt werden.

4.2 Ä Ä Ä Ä Der Arztbericht von Dr. G.____ (Urk. 8/14) erscheint demgegenüber wegen der seit 1983 andauernden Behandlung (Urk. 8/14 S. 2 lit. D.1) als von der dadurch entstandenen Vertrauensstellung, welche seine Objektivität beeinträchtigt haben dürfte, geprägt. Weiter ist zu bemängeln, dass der Arztbericht trotz der langen Behandlungsdauer, welche entsprechende Rückschlüsse über den Krankheitsverlauf erlauben würde, keine eigene Anamnese umfasst.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Arztbericht von Dr. B.____ (Urk. 8/18) erscheint angesichts der erst fünf Jahre später erfolgten IV-Anmeldung für das vorliegende Verfahren als zu alt. Insbesondere werden die heute von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden darin nicht behandelt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Arztberichte von Dr. G.____ und von Dr. B.____ vermögen daher keine von den unter Ziff. 4.1 angeführten Berichten abweichenden Feststellungen zu begründen.

