

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00007 vom 28. April 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-04-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00007

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00007 du 28 avril 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00007 del 28 aprile 2006

Erwägungen

E. 2

/

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der Revisionsverfügung vom 24. Oktober 2002 (Urk. 9/16) auf das Gutachten der Ärzte des C. (nachfolgend: C.) vom 15. Juni 2002 (Urk. 9/31/1). Diese Ärzte stellten folgende Diagnosen (Urk. 9/31/1 S. 8):

■ Koronare Herzkrankheit,

■ Adipositas,

■ Restischämie unter Belastung,

■ undifferenzierte somatoforme Störung,

■ Dysthymie,

■ Hypochondrische Störung.

Die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Gipser sei dem Beschwerdeführer grundsätzlich weiterhin zuzumuten. Diesbezüglich bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 100 %. Empfehlenswert seien hingegen leichtere behinderungsangepasste Überwachungs-, Kontroll-, Produktions- oder Montagetätigkeiten. Aus psychischen Gründen bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/31/1 S. 9).

3.2 In seinem Teilgutachten vom 4. Juni 2002 zum Gutachten des C. vom 15. Juni 2002 diagnostizierte Dr. med. D., Psychiatrie und Psychotherapie, ein leichtes depressives Zustandsbild im Sinne einer Dysthymie F34.1 sowie eine hypochondrische Störung F45.2. Es bestehe sodann eine somatoforme Schmerzstörung F45.4 mit überproportionaler, nicht mit der Befundlage korrespondierender Schmerzäusserung und Schonung. Der Beschwerdeführer sei überzeugt, dass sein Herzleiden bei körperlicher Anstrengung in einen Herzinfarkt münden werde, und glaube deshalb, nicht mehr arbeiten zu können (Urk. 9/31/2 S. 3). Angezeigt sei eine verhaltenstherapeutische Linderung der Infarktangst durch Realexposition. Die psychischen Funktionen seien jedoch nicht eingeschränkt und es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/31/2 S. 4).

3.3 Mit in Rechtskraft erwachsenem Urteil vom 17. November 2003 stellte das hiesige Gericht zum Gesundheitszustand zum massgebenden Zeitpunkt vom 24. Oktober 2002 das Folgende fest (Urk. 9/10 Erw. 5.4 ff.):

■

5.4 Das Gutachten des C.____ vom 15. Juni 2002 entspricht vielmehr den obenerwähnten von der Rechtsprechung an eine medizinische Expertise gestellten Kriterien vollumfänglich. Denn die Gutachter stützten sich bei ihrer Beurteilung auf die Ergebnisse umfassender allgemeinmedizinischer, arbeitsmedizinischer und psychiatrischer Untersuchungen, setzten sich mit den medizinischen Vorakten auseinander und berücksichtigten auch die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers angemessen. Die Gutachter des C.____ begründeten sodann in nachvollziehbarer Weise, dass der Beschwerdeführer durch seine psychische Befindlichkeit im Sinne eines leichten depressiven Zustandsbildes, einer hypochondrischen Störung und einer somatoformen Schmerzstörung in seiner Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt werde.

5.5 Das Gutachten des C.____ vermag auch in Bezug auf die darin enthaltene nachvollziehbare Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zu überzeugen. Demnach ist dem Beschwerdeführer mindestens die Ausübung einer leichteren behinderungsangepassten Überwachungs-, Kontroll-, Produktions- oder Montagetätigkeit vollzeitlich und ohne Leistungsbeeinträchtigung zuzumuten (...).

5.6 Daraus erhellt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zur Situation bei Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 16. November 2000 (...) nach der Neuanmeldung vom 3. September 2001 (...) nicht in revisionserheblicher Weise verändert hat, und dass dem Beschwerdeführer weiterhin vollzeitlich die Ausübung einer leichteren behinderungsangepassten Tätigkeit zuzumuten ist. ■

3.4 Auf diese verbindlichen Feststellungen des hiesigen Gerichts zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers am Vergleichszeitpunkt vom 24. Oktober 2002 ist vorliegend abzustellen. Demnach ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 24. Oktober 2002 in psychischer Hinsicht an einem leichten depressiven Zustandsbild, an einer hypochondrischen Störung und an einer somatoformen Schmerzstörung litt, ohne dadurch in seiner Arbeitsfähigkeit massgeblich beeinträchtigt gewesen zu sein. Des Weiteren war dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht die Ausübung einer körperlich leichten, behinderungsangepassten Tätigkeit im Umfang eines Arbeitspensums von 100 % zuzumuten.

E. 4

4.1 Zu prüfen bleibt, ob sich die gesundheitlichen Verhältnisse seither bis zum Erlass des Einspracheentscheids vom 9. November 2004 in rentenrelevanter Hinsicht verändert haben. Beschwerdeweise macht der Beschwerdeführer eine erhebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend. So sei er in physischen Aktivitäten stark eingeschränkt. Es sei sodann eine ergänzende psychiatrische Sachverhaltsabklärung erforderlich (Urk. 1 S. 4). Mit Replik vom 1. März 2005 (Urk. 12) reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von PD Dr. E.____ vom 17. Januar 2005 (Urk. 13/1) und mit Eingabe vom 21. Oktober 2005 (Urk. 19) unaufgefordert einen Bericht des Psychiatricentrum F.____, Poliklinik, vom 29. September 2005 (Urk. 20) ein.

4.2 Zeitlich massgebender Sachverhalt für die Überprüfungsbeurteilung des Gerichts bilden gemäss der Rechtsprechung (vgl. Erw. 2.5) die tatsächlichen Verhältnisse, wie sie bis zum Erlass des Einspracheentscheids bestanden haben. Nach Erlass des strittigen Einspracheentscheides datierende Arztberichte sind insofern massgeblich, als sie geeignet sind, die Beurteilung im massgeblichen Zeitpunkt des Erlasses

des Einspracheentscheides zu beeinflussen (Urteil des EVG in Sachen S. vom 29. Dezember 2000, U 170/00, Erw. 2c).

4.3. Auf die nach dem 9. November 2004 verfassten Berichte von PD Dr. E. vom 17. Januar 2005 (Urk. 13/1) und des Psychiatricentrums F. vom 29. September 2005 (Urk. 20) ist im Folgenden abzustellen, sofern sie geeignet sind, zur Beurteilung des gesundheitlichen Sachverhalts bei Erlass des Einspracheentscheides beizutragen.

E. 5

5.1. Dr. med. G., FMH Kardiologie und Innere Medizin, erwähnte in seinem Bericht vom 2. April 2004, dass der Beschwerdeführer seit der letzten Kontrolle vom Dezember 2002 über einen unveränderten Verlauf berichte, allenfalls habe die Häufigkeit der Thoraxschmerzen zugenommen. Der Beschwerdeführer lehne eine Herzkatheteruntersuchung ab. Diesbezüglich bestehe beim Beschwerdeführer eine nicht nachvollziehbare Angst (Urk. 9/30/4 S. 1). Eine abschliessende Beurteilung aus kardiologischer Sicht sei ohne eine Koronarangiographie nicht möglich (Urk. 9/30/4 S. 2).

5.2. Der behandelnde Hausarzt, Dr. med. H., Innere Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 16. Mai 2004 einen stationären beziehungsweise einen sich verschlechternden Gesundheitszustand fest (Urk. 9/30/1 Ziff. 1). Eine Verschlechterung habe er bereits im Jahre 2001 festgestellt. Seit 5. Oktober 2000 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 9/30/1 Ziff. 2). Die Ausübung einer Erwerbstätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zuzumuten (Urk. 9/30/1 Beiblatt). Ergänzende medizinische Abklärungen seien im Sinne einer Koronarangiographie und einer psychiatrischen Beurteilung denkbar (Urk. 9/30/1 Ziff. 7).

5.3. PD Dr. E., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 17. Januar 2005 fest, dass eine generalisierte Angststörung (F41.1) im Vordergrund stehe. Es liege eine massive Überlagerung der somatischen Beschwerden durch angstgeprägte vegetative Symptome vor (Urk. 13/1 S. 2). Der Beschwerdeführer leide auch an einem depressiven Syndrom, welches jedoch sekundärer Natur sei. In seiner Arbeitsfähigkeit werde der Beschwerdeführer selbst unter leichter körperlicher Belastung durch Angstgefühle, Konzentrationsstörungen und eine erhöhte Ermüdbarkeit beeinträchtigt, weshalb gegenwärtig eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe (Urk. 13/1 S. 3).

5.4. Die Ärztinnen des Psychiatricentrums F. stellten in ihrem Bericht vom 29. September 2005 folgende Diagnosen (Urk. 20 S. 1):

- Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) mit sekundärer Entwicklung
- einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und mittelgradiger
- depressiver Symptomatik (ICD-10 F32.1),
- Koronare Herzkrankheit
- Essentielle Hypertonie

Die Angststörung habe sich nach einem Eingriff am Herzen entwickelt und sei deshalb als Anpassungsstörung auf dieses Ereignis zu verstehen, wobei die Angstsymptome inzwischen derart ausgeprägt vorhanden seien, dass sie eher die Kriterien einer generalisierten Angststörung erfüllten. Sekundär habe sich eine

somatoforme Schmerzstörung ausgebildet. Die depressive Symptomatik sei in Folge der Angststörung und der somatoformen Schmerzstörung aufgetreten. Inzwischen sei die Symptomatik genügend ausgeprägt, um die diagnostischen Kriterien für eine depressive Episode zu erfüllen (Urk. 20 S. 1). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der bisherigen beruflichen Tätigkeit als Gipser und auch in anderen Tätigkeiten in der freien Wirtschaft eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In behinderungsangepassten Tätigkeiten bestehe eventuell eine Arbeitsfähigkeit von 20 % bis 50 %. Die Angststörung sei durch den Eingriff am Herzen vom 20. November 1999 hervorgerufen worden. Eine deutliche Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen habe daher ab Anfang 2000 bestanden (Urk. 20 S. 2).

E. 6

6.1 Im Gegensatz zu Dr. D., welcher in seinem Teilgutachten des C. vom 4. Juni 2002 ein leichtes depressives Zustandsbild im Sinne einer Dysthymie, eine hypochondrische Störung und eine somatoforme Schmerzstörung diagnostizierte (Urk. 9/31/2 S. 3), vertraten PD Dr. E. (Urk. 13/1 S. 2) und die Ärztinnen des Psychiazentrums F. (Urk. 20 S. 1) die Meinung, dass eine generalisierte Angststörung im Vordergrund stehe. Sowohl PD Dr. E. als auch die Ärztinnen des Psychiazentrums F. stellten neben der Angststörung ein depressives Syndrom fest. Die Ärztinnen des Psychiazentrums F. diagnostizierten zusätzlich eine somatoforme Schmerzstörung. Sodann gingen sowohl PD Dr. E. als auch die Ärztinnen des Psychiazentrums F. davon aus, dass das psychische Leiden des Beschwerdeführers im Sinne einer Angststörung erstmals nach einem chirurgischen Eingriff am Herzen vom 20. November 1999 auftrat. Seither leide der Beschwerdeführer unter Ängsten in Zusammenhang mit seinem Herzleiden. Diesbezüglich stimmen die Beurteilungen durch PD Dr. E. und durch die Ärztinnen des Psychiazentrums F. insofern mit der Beurteilung durch Dr. D. des C. überein, als dieser feststellte, dass das psychische Leiden des Beschwerdeführers vor allem aus Ängsten vor den Folgen seines Herzleidens und vor einem Herzinfarkt bestehe (Urk. 9/31/2 S. 3), und dass sich der Beschwerdeführer in einer nicht mit dem erhobenen körperlichen Befund korrespondierender Weise ängstige und schone. An dieser gesundheitlichen Situation hat sich auch zum Zeitpunkt der Beurteilung durch PD Dr. E. und die Ärztinnen des Psychiazentrums F. nichts geändert. Das psychische Leiden des Beschwerdeführers ist vielmehr weiterhin von Ängsten vor den Auswirkungen seines Herzleidens geprägt. Insofern PD Dr. E. und die Ärztinnen des Psychiazentrums F. im Vergleich zu Dr. D. das psychische Leiden des Beschwerdeführers diagnostisch anders würdigten, stellt dies daher lediglich als eine unterschiedliche ärztliche Würdigung eines gleichgebliebenen psychischen Gesundheitszustandes dar, welcher in revisionsrechtlicher Hinsicht keine Bedeutung zukommt.

6.2 Gleiches gilt auch für die unterschiedliche Würdigung der Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepassten Tätigkeiten durch Dr. D. und durch die Ärzte des C. auf der einen und durch PD Dr. E. und die Ärztinnen des Psychiazentrums F. auf der anderen Seite. Während PD Dr. E. davon ausging, dass der Beschwerdeführer vorwiegend durch Angstgefühle, Konzentrationsstörungen und eine erhöhte Ermüdbarkeit, welche unter leichter körperlicher Belastung auftreten würden, eingeschränkt sei (Urk. 13/1 S. 3), vertraten Dr. D. und die Ärzte des C. die Meinung, dass der Beschwerdeführer zwar

selbst überzeugt sei, dass sein Herzleiden bei körperlicher Anstrengung in einen Herzinfarkt münden werde, weshalb er nicht mehr arbeiten könne (Urk. 9/31/2 S. 3), dass die psychischen Funktionen trotzdem nicht eingeschränkt seien, und dass eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht sei eine Linderung der Infarktangst durch Realexposition angezeigt (Urk. 9/31/2 S. 4). Bei den Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen durch PD Dr. E. und durch die Ärztinnen des Psychiatriezentrums handelt es sich im Vergleich zur derjenigen durch Dr. D. und durch die Ärzte des C. daher lediglich um eine andere Würdigung der Zumutbarkeit und der Arbeitsfähigkeit bei einem grundsätzlich gleich gebliebenen gesundheitlichen Sachverhalt. Auch insofern sind die Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen durch PD Dr. E. und durch die Ärztinnen- des Psychiatriezentrums F. nicht geeignet, eine in revisionsrechtlicher Hinsicht erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes zu belegen.

6.3 In Bezug auf die somatische Komponente des Beschwerdebildes lässt sich aus der Beurteilung durch Dr. H. nicht auf eine invaliditätsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliessen. In seinem Bericht vom 16. Mai 2004 stellt Dr. H. zwar einen stationären beziehungsweise einen sich verschlechternden Gesundheitszustand fest (Urk. 9/30/1 Ziff. 1). Eine Verschlechterung sei hingegen bereits im Jahre 2001 eingetreten, weshalb ab 5. Oktober 2000 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe (Urk. 9/30/1 Ziff. 2). Daraus ist zu schliessen, dass laut der Beurteilung durch Dr. H. bereits vor dem massgebenden Vergleichszeitpunkt vom 24. Oktober 2002 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit daraus folgender vollen Arbeitsunfähigkeit bestand. Aus der Beurteilung durch Dr. H. lässt sich demnach nicht schliessen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgebenden Zeitraum seit 24. Oktober 2002 bis zum Erlass des angefochten Einspracheentscheides vom 9. November 2004 in revisionserheblicher Weise verändert hat. Im Vergleich zur Beurteilung durch die Ärzte des C. handelt es sich bei der Beurteilung durch Dr. H. demnach lediglich um eine unterschiedliche Würdigung eines weitgehend unveränderten somatischen Gesundheitszustandes.

6.4 Nach der medizinischen Aktenlage ist eine invaliditätsrelevante Veränderung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im massgebenden Vergleichszeitraum vom 24. November 2002 bis 9. November 2004 daher nicht ausgewiesen.

7. 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 dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 17. November 2003 (Prozess Nr. IV.2002.00667; Urk. 9/10) zu Grunde lag, seither nicht in einer die Erwerbsfähigkeit massgeblich beeinflussenden Weise geändert hat. An diesem feststehenden Beweisergebnis vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Insbesondere kann - entgegen den diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2, Urk. 12 S. 1) - 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).

8. 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. Insofern ist die gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. November 2004 erhobene Beschwerde daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Pollux L. Kaldis

- 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.