

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00191 vom 13. April 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-04-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2005.00191](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00191)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00191 du 13 avril 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00191 del 13 aprile 2006

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Verwaltung hat die massgebenden Gesetzesbestimmungen über die Revision der Invalidenrente (Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, und Art. 41 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, gültig gewesen bis Ende 2002), die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 IVG), die Bemessung der Invalidität (Art. 28 Abs. 2 IVG, gültig gewesen bis Ende 2002, und Art. 16 ATSG), sowie die Rechtsprechung zur Aufgabe der ärztlichen Fachleute in der Begründung des angefochtenen Einspracheentscheids zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1 ff.). Darauf kann, mit den nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.2 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).

1.3.1.1 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 führende 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 herrühren, 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).

#### E. 1.4

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).

#### 2.1.1.1

2.1.1.1 Strittig und zu prüfen ist, ob bei der Beschwerdeführerin seit Erlass der Rentenverfugung vom 5. März 2002 (Urk. 8/16) eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, welche einen höheren Invaliditätsgrad zur Folge hätte. Diese Frage beurteilt sich durch einen Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt in welchem die ursprüngliche Viertelsrente zugesprochen wurde (5. März 2002, Urk. 8/16) mit dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids (7. Januar 2005, Urk. 2).

2.2.1.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses der Rentenverfugung vom 5. März 2002 auf das Gutachten der Medizinischen Begutachtungsstelle (B.\_\_\_\_), vom 17. Oktober 2001 (Urk. 8/24). Danach litt die Beschwerdeführerin an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4), an einer leichten bis mittelgradig depressiven Entwicklung bei Anpassungsstörung, Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F 43.22) sowie an einer

Segmentdegeneration L5/S1 (erosive Osteochondrose, Übergangsanomalie) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ein diffuses weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom sowie einen Verdacht auf leichte Polyneuropathie (Urk. 8/24 S. 11 Ziff. 4).

Die Gutachter kamen zum Schluss, die radiologisch nachgewiesene Segmentdegeneration L5/S1 erkläre das aktuelle Zustandsbild der Beschwerdeführerin in keiner Art und Weise und sei höchstens für sehr schwere Tätigkeiten mit Heben von Gewichten über 10 Kilogramm von Bedeutung. Für ihre Haupttätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/24 S. 12 oben). Aus psychiatrischer Indikation ergebe sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von rund 40 % (Urk. 8/24 S. 10).

Aufgrund der 60%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit resultierte mittels Prozentvergleich ein Invaliditätsgrad von 40 %.

### **E. 3**

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

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).

#### **E. 3.1**

Anlässlich des Revisionsverfahrens diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie/Psychotherapie, in seinem Bericht vom 19. Oktober 2004 eine rezidivierende depressive Störung mit somatischen Symptomen (F33.11) auf dem Boden einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (Ängstlich-histrionische Persönlichkeit, ICD-10: F 60.6 und F 60.4), ein Fibromyalgie-Syndrom sowie ein chronifiziertes panvertebrales Syndrom bei bekannter Wirbelsäulenänderung (Urk. 8/21/1 S. 1 lit. A). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % seit 29. April 2002 bis auf Weiteres (Urk. 8/21/1 S. 1 lit. B). Er berichtete, die etwas vorgealtert und mittle aussehende Beschwerdeführerin wirke schon beim ersten Blick depressiv und ängstlich. Sie klagte über intensive Schmerzen. Dadurch sei sie verzweifelt geworden und denke häufig an Selbstmord. Ihrem Mann gegenüber habe sie grosse Schuldgefühle. Sie sei lust- und interesselos geworden und habe sich von der Umgebung

ganz zurückgezogen. Konkrete Suizidgedanken habe sie jedoch nicht gehabt (Urk. 8/21/1 S. 2 lit. D3).

Da ein depressiver Zustand mit intensiven Ängsten, psychomotorischer Unruhe und Störung der kognitiven Funktionen habe festgestellt werden können, sei ihr eine Therapie mit Antidepressiva und Anxiolytika sowie psychotherapeutischen Gesprächen verordnet worden. Es sei dadurch zu keiner Besserung gekommen, die Beschwerden hätten sich sogar verstärkt; sie wirke noch depressiver und ängstlicher, leide unter Schlaflosigkeit, andauernden Schmerzen und fühle sich ständig müde. Es handle sich um ein psychisches Leiden mit Krankheitswert. Der Zustand habe sich chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen. Aus psychiatrischer Sicht halte er sie zumindest zu 75 % arbeitsunfähig. Auch den Rest ihrer Arbeitsfähigkeit könne sie wegen ihrer Beschwerden nicht in einem normalen Betrieb sondern nur in einem geschützten Rahmen verwerten. Die Prognose sei ungünstig. Die Beschwerden dauerten schon lange und das Krankheitsbild spreche für eine agitierte Depression, die auf dem Boden einer einfach strukturierten und ängstlich-histrionischen Persönlichkeit entstanden sei. Deswegen sei in Zukunft auch keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (Urk. 8/21/1 S. 3).

3.2 In ihrem Schreiben vom 24. Februar 2003 zuhanden des Vertreters der Beschwerdeführerin diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei fortgeschrittener Osteochondrose L5/S1, ein chronisches Panvertebralsyndrom bei skoliotischer Fehlhaltung der Wirbelsäule und ventraler Spondylose der Brustwirbelsäule, ein chronisches Fibromyalgiesyndrom sowie eine schwere depressive Entwicklung (Urk. 8/22/1 S. 1 Ziff. 2). Dr. D. \_\_\_\_ gab an, es handle sich um generalisierte Muskelschmerzen mit Betonung des Rückens im Rahmen eines Fibromyalgie-Syndroms. Nebenbei beständen bewegungs- und belastungsabhängige Rückenschmerzen mit lumbaler Betonung bei radiologisch verifizierten, fortgeschrittenen Osteochondrosen der lumbosakralen Bandscheibe sowie eine ventrale Spondylose der Brustwirbelsäule, die ihre Schmerzen erklärten. Aspektmäßig sei sie verängstigt, weinerlich und leidend und mache einen sehr depressiven Eindruck, wobei sie seit Jahren unter psychiatrischer Betreuung stehe. Aufgrund des psychischen Zustandes, aber auch aufgrund des Fibromyalgie-Syndroms sei die Beschwerdeführerin nicht vermittlungsfähig und nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig. Die Erhaltung des Invaliditätsgrades auf 70 % sei sicher angebracht (Urk. 8/23).

In ihrem Verlaufsbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 10. November 2003 wiederholte Dr. D. \_\_\_\_ diese Ausführungen (Urk. 8/22/1 S. 1f.).

3.3 Dr. med. E. \_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, stellte ebenfalls die Diagnosen eines schweren Fibromyalgie-Syndroms, einer depressiven Entwicklung sowie eines chronischen lumbo- und panvertebralen Syndroms bei skoliotischer Fehlhaltung der Wirbelsäule. Die Beschwerdeführerin stehe seit 1999 in seiner Behandlung, ohne dass sich ihr Gesundheitszustand verbessert hätte. In Anbetracht des Gesamtbildes der psychischen und körperlichen Beschwerden könne er die volle Arbeitsunfähigkeit bestätigen (Urk. 3/1).

4. Es stellt sich vorliegend die Frage, ob aufgrund der Berichte von Dr. C. \_\_\_\_, Dr. D. \_\_\_\_ und Dr. E. \_\_\_\_ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. Diesbezüglich ergeben die medizinischen Akten ein genügend klares

Bild. Was die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ anbelangt, kann auf den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 25. März 2003 verwiesen werden, wonach Dr. D.\_\_\_\_ lediglich eine andere Würdigung des medizinischen Sachverhalts vornimmt als das B.\_\_\_\_, aber keine neuen Elemente tatsächlicher Natur vornimmt (Urk. 8/11 S. 3 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dies trifft auch auf Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ zu. Bei gleichen Diagnosen wie im B.\_\_\_\_-Gutachten aufgeführt, handelt es sich bei deren Beurteilung lediglich um eine andere Würdigung desselben medizinischen Sachverhalts, denn das Fibromyalgie-Syndrom wurde vom B.\_\_\_\_ Gutachten als diffuses weichteilrheumatisches Syndrom ebenfalls berücksichtigt (Urk. 8/24 S. 11 Ziff. 4). Bei Dr. E.\_\_\_\_ ist sodann anzuführen, dass dieser nicht zwischen der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer leidensangepassten Tätigkeit unterscheidet und zudem das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Was den von Dr. D.\_\_\_\_ postulierten Invaliditätsgrad von 70 % anbelangt (Urk. 8/23, Urk. 8/22/1 S. 1) ist sodann festzuhalten, dass es 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), die Bemessung des Invaliditätsgrades jedoch der Verwaltung (und im Beschwerdefall dem Gericht) obliegt. Zudem stellte Dr. D.\_\_\_\_ überwiegend auf die subjektiven Schilderungen der Beschwerdeführerin ab, denen im Rahmen der Beweiswürdigung keine Beweiskraft zukommt. Dr. C.\_\_\_\_ schliesslich ist als Psychiater nur ungenügend in der Lage, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht zu beurteilen, und aus seinem Bericht geht nicht in nachvollziehbarer Weise hervor, weshalb lediglich eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit bestehen soll, die nur in einem geschätzten Rahmen verwertet werden könne. Es erscheint vielmehr wahrscheinlich, dass Dr. C.\_\_\_\_ auch invaliditätsfremde Faktoren berücksichtigt hat, nachdem er unter anderem auch angab, die bescheidene Intelligenz sei unter anderem für die mangelhafte Anpassungsfähigkeit und die verminderte Belastbarkeit verantwortlich (Urk. 8/21/2 S. 2). Schliesslich wiesen bereits die B.\_\_\_\_-Gutachter darauf hin, die Arbeitsunfähigkeit von 40 % entspreche einem medizinisch theoretischen Wert und die umsetzbare Restarbeitsfähigkeit sei sicherlich noch zusätzlich vermindert durch IV-fremde Faktoren wie soziokulturelle Prägung, intellektuellen Bildungsstand, wirtschaftliche Situation und die Arbeitsmarktbedingungen. Solche invaliditätsfremde Faktoren haben jedoch bei der Invaliditätsbemessung ausser Acht zu bleiben (vgl. vorstehend Erw. 1.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann ist festzuhalten, dass aufgrund der vom EVG mit BGE 130 V 352 eingeführten Kriterien zur Würdigung von somatoformen Schmerzstörungen (vgl. vorstehend Erw. 1.2) sowie gleichermassen der Fibromyalgie (vgl. Entscheid des EVG vom 8. Februar 2006 i.S. S., I 336/04) im heutigen Zeitpunkt ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente wohl zu verneinen wäre. Eine reformatio in peius fällt nur deshalb ausser Betracht, da auch das Gericht keine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes vornehmen kann.

ââââââââ Nach dem Gesagten ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. Vielmehr handelt es sich bei den neueren medizinischen Beurteilungen lediglich um eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts, weshalb es bei der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat, sein Bewenden haben muss, wobei für den Einkommensvergleich auf das Urteil des hiesigen Gerichts vom 6. November 2002 verwiesen werden kann (Urk. 8/13 S. 8 f. Ziff. 5).

ââââââââ Damit erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. Januar 2005 als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

- ââââââââ Die Beschwerde wird abgewiesen.
- ââââââââ Das Verfahren ist kostenlos.

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