

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00439 vom 11. Juli 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-07-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00439

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00439 du 11 juillet 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00439 del 11 luglio 2006

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Verwaltung hat die massgebenden Gesetzesbestimmungen über die Invalidität (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, in Verbindung mit Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 IVG) und 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 der nachstehenden Ergänzung, verwiesen werden.

E. 1.2

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. Die ärztliche Untersuchung

2.1 Strittig und zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer ein anspruchsbegrndender Invaliditätsgrad besteht.

2.2 Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte am 26. September 2002 ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Reizsymptomen links, ohne Hinweise für eine Wurzelschdigung. Dr. J.____ gab an, die neurologische Untersuchung habe keine Ausfälle ergeben und die zusätzlich durchgeführten EMG-Untersuchungen seien normal. Es bestnden somit keine Hinweise für eine Schädigung einer lumbalen Wurzel (Urk. 8/13/3)

2.3 Dr. med. X.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, stellte am 2. Dezember 2002 folgende Diagnosen (Urk. 8/13/4):

Hypertensive Kardiopathie mit deutlich konzentrischer Linkshypertrophie

Diabetes mellitus

Adipositas

Chronischer Nikotinkonsum

Diskopathie lumbalis

Dr. X. berichtete, es fände sich radiologisch und echokardiologisch eine deutliche Linkshypertrophie bei unbefriedigend eingestellter arterieller Hypertonie und empfahl eine Änderung der antihypertensiven Therapie (Urk. 8/13/4 S. 2).

Dr. med. L., Facharzt FMH für Innere Medizin Gefässkrankheiten Beinleiden SGP, berichtete am 10. September 2003, die peripheren Ödeme seien systemisch bedingt, eine Phlebopathie oder ein Lymphödem künftigen ausgeschlossen werden. Dr. L. verschrieb Kompressionsstrümpfe (Urk. 8/17/3).

Dr. med. M., Spezialarzt FMH für Innere Medizin, berichtete am 27. März 2004, der Beschwerdeführer sei am 8. August 2002 das letzte Mal in seiner Sprechstunde gewesen und damals sei seine Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen (Urk. 8/16/2).

Dr. med. N., Arzt für Allgemeine Medizin FMH, nannte am 14. Juni 2004 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine hypertensive Kardiopathie mit deutlicher konzentrischer Linkshypertrophie, einen Diabetes mellitus sowie eine Diskopathie lumbalis. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Adipositas sowie einen chronischen Nikotinkonsum (Urk. 8/14/1 S. 1 lit. A). Dr. N. attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 12. September 2002 bis auf Weiteres für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Urk. 8/14/1 S. 1 lit. B). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer halbtags arbeitsfähig (Urk. 8/14/2 S. 2).

Am 25. August 2004 berichtete Dr. N. auf Anfrage der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer leide unter einem ständigem sehr schlecht eingestellten Diabetes mellitus und jahrelangen chronischen Rückenschmerzen. Der hohe Blutdruck (in Mitleidenschaft gezogen mit dem Herz) bereite auch noch grosse Probleme. Der Beschwerdeführer sei ständig beim Kardiologen in Behandlung (Urk. 8/13/1).

Dr. med. O., Innere Medizin FMH, stellte in seinem im Auftrage der Beschwerdegegnerin erstellten Gutachten vom 22. November 2004 folgende Diagnosen (Urk. 8/11):

- Hypertensive Herzkrankheit mit linksventrikulärer Hypertrophie (EF 75 %)
- Diabetes mellitus Typ II
- Proteinurie und Glucosurie
- Adipositas (BMI 36,8 kg/m

E. 2

)

- Nicotinabusus (ca. 45 PY)
- Chronisch lumbovertebrales Schmerzsyndrom

Dr. O. hielt fest, der Versicherte sei in seiner angestammten Tätigkeit als Chauffeur, Magazinier und Lagerist seit dem 12. September 2002 bis heute und auf Weiteres mindestens zu 80 % arbeitsfähig. Die Arbeitsunfähigkeit sei nicht nur

krankheitsbedingt, sondern durch Kündigung wegen ungenügender Leistungen mitbeeinflusst (Urk. 8/11 S. 4 Mitte). Bezüglich des lumbovertebralen Schmerzsyndroms könne bei entsprechender Motivation eine Verbesserung durch ein intensiviertes physiotherapeutisches Programm mit Rückenschule und medizinischer Trainingstherapie zur Konditionierung der Rückenmuskulatur erwartet werden. Zudem sei die medikamentöse Schmerztherapie bisher nicht ausgeschöpft worden. Eine Gewichtsreduktion um 10 % auf 100 Kilogramm mit kalorienreduzierter Kost und vermehrter körperlicher Aktivität dürfe dem Beschwerdeführer zugemutet werden. Neben dem Nikotinstopp sollte eine optimierte medikamentöse Einstellung der arteriellen Hypertonie und des Diabetes mellitus Typ II, allenfalls eine Abklärung der Insulinbedürftigkeit, angestrebt werden. Dies würde zu einer signifikanten Abnahme des kardiovaskulären Risikos bezüglich koronarer Herzkrankheit und zerebrovaskulärer Ereignisse führen. Zudem sei eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit zu erwarten und in der Folge eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden (Urk. 8/11 S. 4).

2.8 Dr. med. P.____, Facharzt für Innere Medizin speziell Herzkrankheiten, hielt in seinem am 29. Dezember 2004 verfassten Schreiben an die Vertreterin des Beschwerdeführers fest, er wolle dahingehend informieren, dass am 16. November 2004 anlässlich einer Notfallkonsultation eine multiple Lungenembolie mit atemabhängigen Thoraxschmerzen computertomographisch festgestellt worden sei. Die Lungenembolie entstehe unter anderem durch eine Immobilität, welche schmerzbedingt sei. Somit belege diese Lungenembolie, dass sich der Beschwerdeführer, verursacht durch seine Schmerzen des Achsenskeletts zu wenig bewege und daher Thrombosen im Bereich der Venen-, Bein- und Beckengefäße produziert habe. Dies habe beinahe das Leben des Beschwerdeführers gekostet. Sicherlich bestehe dadurch klar dokumentiert ein griffiger Hinweis für die Unfähigkeit, sich aufgrund der Schmerzen zu bewegen. Nachdem für mindestens sechs Monate, wahrscheinlich sogar lebenslang, eine Blutverdünnung zur Verhinderung von weiteren Thrombosen und konsekutiven Embolien notwendig sei, sei schon durch diesen Umstand eine bleibende 50%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben (Urk. 3/5).

Am 14. April 2005 berichtete Dr. P.____ zu Händen der Vertreterin des Beschwerdeführers, er nehme mit Entsetzen von der ihm berichteten Entwicklung der Situation des Beschwerdeführers Kenntnis. Dieser sei ein miserabel diagnostizierter Patient mit mehrfachen Leiden. Er habe den Beschwerdeführer bei Dr. D.____, Dr. E.____, Dr. F.____, Dr. G.____ und Dr. H.____ angemeldet, um eine saubere Neubeurteilung differenziert und qualifiziert einzuleiten. Er habe festgestellt, dass der Beschwerdeführer wahrscheinlich an einer Periarthritis humeroscapularis rechts leide (massive Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Schultergelenks, Schürzen- und Nackengriff rechts nicht möglich). Diese Diagnose führe zu einem Schulterhochstand rechts, zu muskulären Verspannungen im oberen Brustwirbel- und Halswirbelsäulenbereich (Urk. 3/6 S. 1). Zusätzlich sei zu bemerken, dass der Beschwerdeführer mehrere Pigmentveränderungen habe (Urk. 3/6 S. 2).

2.9 Dr. med. F.____, Phlebologie SGP, berichtete am 21. April 2005, duplexsonographisch kontrolliert finden sich keine postthrombotischen Veränderungen im tiefen Venensystem beidseits. Die diskrete venöse Insuffizienz am linken Bein verursache kein thrombo-embolisches Risiko und müsse somit nicht behandelt werden.

Auffallend sei die beidseitige chronisch-venöse Insuffizienz Stadium II mit diffuser Pigmentierung und diskretem beidseitigem Unterschenkelödem, wobei photoplethysmographisch eine leichte venöse Beinpumpeninsuffizienz beidseits nachweisbar sei. Diese venöse Hypertension werde am ehesten verursacht durch die ausgeprägte Adipositas und nicht durch eine venöse Pathologie in den Beinen. Auch wenn die Adipositas eventuell auslösender Faktor für eine Lungenembolie sein könnte, empfehle er, sechs Wochen nach Beendigung der Antikoagulation einen Gerinnungsstatus durchzuführen. Ein paraneoplastisches Syndrom könnte letztlich auch noch in Frage. Am Wichtigsten wäre eine Gewichtsreduktion, und das Tragen von Wadenkompressionsstrümpfen sei empfehlenswert (Urk. 12/2 S. 2).

2.10 Dr. med. E. ____, Spezialarzt FMH für Neurologie, berichtete am 22. April 2005, er habe ausser dem Verdacht auf eine beginnende diabetische Polyneuropathie keine Hinweise für eine Beteiligung des Nervensystems am Beschwerdebild. Dieses sei wohl genügend mit einer degenerativen Spondylose der Wirbelsäule erklärt. Er empfehle, den Radiologen betreffend eine Veränderung im 5. Thorakalwirbel zu befragen. Es beständen keine Hinweise für eine radikuläre Problematik. Als belastendes Element hinzu komme das Übergewicht und sicher auch eine unbefriedigende Bewältigung der abgenommenen Leistungsfähigkeit, die zu einer reaktiven Depression geführt habe. Er glaube nicht, dass eine primäre Depression vorliege, so dass ein Antidepressivum wohl kaum nützlich sein dürfte (Urk. 12/5 S. 3).

2.11 Im Rahmen einer Schlafabklärung diagnostizierten die behandelnden Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin I. __ am 13. Juni 2005 ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (780.53-0) schweren Grades, Übergewicht (BMI: 35,3), einen Diabetes mellitus Typ II sowie eine Hypertonie. Sie berichteten, die Schlafqualität habe unter der CPAP-Therapie (kontinuierlicher positiver Atemwegdruck) normalisiert werden können und die Atmung im Schlaf sei mit Ausnahme einer leichten Hypoventilation während des REM-Schlafes normalisiert. Es werde empfohlen, die Überdrucktherapie während der gesamten Schlafzeit zu benutzen. Unter der CPAP-Therapie werde eine deutliche Verbesserung der Tagesbefindlichkeit, eine Reduktion der Tagesschläfrigkeit sowie eine Verbesserung der Blutdruckwerte erwartet (Urk. 12/3 S. 2)

Am 15. Juli 2005 bestätigten dieselben die behandelnden Ärzte der Klinik I. __ zu Händen der Vertreterin des Beschwerdeführers, dass ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom vorliege, dessen Ausmass zu behindernder Schläfrigkeit und erheblicher Vigilanzstörung führe. Auf Ersuchen von Dr. D. __ und Dr. P. __ werde auf den invalidisierenden Charakter dieser respiratorischen Schlafstörung aufmerksam gemacht. Weil der Beschwerdeführer die eingeleitete CPAP-Therapie bisher nur teilweise habe tolerieren können, bestehe weiterhin eine deutliche Symptomatik (Urk. 12/4).

2.12 Dr. med. D. ____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, der den Beschwerdeführer seit dem 21. April 2005 behandelte, diagnostizierte am 28. Juni 2005 eine reaktive mittelgradige Depression (ICD-10: F32.1). Diese bestehe seit Beginn der Behandlung, wobei anamnestisch davon ausgegangen werden müsse, dass diese mindestens mittelgradige Depression spätestens seit Herbst 2003 bestehe und sich vor allem anfangs in Form eines somatischen Syndroms geäussert habe, das heisst in frühmorgentlichem Erwachen zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit, in einem deutlichen Libidoverlust, in einer psychomotorischen Hemmung, in einer mangelnden

Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung emotional zu reagieren und in einem Morgentief. Diese unterdessen chronifizierte, das heisst auch schwierig zu behandelnde psychische Störung habe zu einer deutlichen Leistungsbeeinträchtigung geführt, so dass aus rein psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % ausgegangen werden müsse. In Anbetracht der Gesamtsituation des Beschwerdeführers müsse aber seit mindestens einem Jahr von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Die Prognose sei schlecht, weshalb auch auf längere Sicht nicht mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (Urk. 12/1).

E. 3

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Karin Hoffmann
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

4. Gegen diese Entscheidung 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. 3.2

3.2.1 Bei der von Dr. P. ___ festgestellten Lungenembolie (Urk. 3/5) handelt es sich um eine vorübergehende Beeinträchtigung. Dr. med. Y. ___ vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin wies richtigerweise darauf hin, dass es mannigfache Gründe für Lungenembolien gebe, zu wenig Bewegung sei nur ein möglicher Faktor. Weitere Gründe, die auch beim Beschwerdeführer aktenkundig seien, wären beispielsweise Übergewicht und periphere Ödeme. Die Lungenembolie könne deshalb nicht als eindeutiger Hinweis für die Unfähigkeit, wegen Schmerzen sich zu bewegen interpretiert werden. Bewegungsmangel wiederum habe mehrfache mögliche Ursachen (wie beispielsweise fehlende Motivation und Übergewicht), wovon Schmerzen nur eine darstelle. Im Gutachten von Dr. O. ___ werde der Tagesablauf des Beschwerdeführers konkret geschildert, mit Umhergehen in der Wohnung, Einkaufen, Besuch im Café und Spazieren. Zudem werde ein normales Gangbild sowie allseits schmerzfrei bewegliche Gelenke erwähnt. Diese Faktoren würden gegen eine erhebliche schmerzbedingte Einschränkung der allgemeinen Beweglichkeit und des Gehens sprechen und machten die Aussagen von Dr. P. ___ unglaubwürdig. Eine Lungenembolie sei ein akutes und in der Tat lebensbedrohliches Ereignis. Es sei indes behandelbar und hinterlasse als Einzelereignis in der Regel keine erheblichen Residuen. Dr.

P. ___ mache denn auch - abgesehen von der Notwendigkeit der Antikoagulationsbehandlung (Blutverdünnung), die indes als solche keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu begründen vermöge - keine solchen geltend. Die Antikoagulationsbehandlung lasse sich vergleichen mit der Insulinbehandlung bei Diabetes mellitus oder der Tablettenbehandlung bei Bluthochdruck, die als solche auch keine Arbeitsunfähigkeit begründeten (Urk. 8/2 S. 2). Schliesslich steht auch der von Dr. P. ___ genannte Verdacht auf eine Periarthritis humeroscapularis rechts (Urk. 3/6 unten) in Widerspruch zu blandem diesbezüglichem Befund bei Dr. O. ___ und Dr. E. ___.

3.2.2.2 Die von Dr. L. ___ (Urk. 8/17/3) und Dr. F. ___ (Urk. 12/2) diagnostizierten Unterschenkelödeme bestehen seit längerem. Dr. L. ___ verschrieb bereits im September 2003 Wadenkompressionsstrümpfe und instruierte den Beschwerdeführer in deren Handhabung (Urk. 8/17/3 S. 2). Im April 2005 gab Dr. F. ___ wiederum Wadenkompressionsstrümpfe ab und erklärte, deren Tragen sei empfehlenswert (Urk. 12/2 S. 2). Dies lässt in Bezug auf die Behandlung der Unterschenkelödeme auf mangelnde Compliance seitens des Beschwerdeführers schliessen.

E. 3.2.3

Anlässlich der neurologischen Abklärung von Dr. E. ___ (Urk. 12/5) ergaben sich keine sicheren pathologischen Befunde. Dr. E. ___ fand ausser dem Verdacht auf eine beginnende diabetische Polyneuropathie keine Hinweise für eine Beteiligung des Nervensystems am Beschwerdebild. Auch Dr. J. ___ hatte angegeben, die neurologische Untersuchung habe keine Ausfälle ergeben und die durchgeführten EMG-Untersuchungen seien normal (Urk. 8/13/3). Die Wirbelsäulendegenerationen wurden sodann bereits von Dr. N. ___ erwähnt (Urk. 8/13/1). Diese sind gemäss den Feststellungen des RAD unter anderem mit einer Gewichtsreduktion und Körperpertraining zu bewältigen, welche auch im Zusammenhang mit der Lungenembolie und ihrer Prophylaxe von Bedeutung sind (Urk. 8/2 S. 3). Auch Dr. O. ___ wies in seinem Gutachten darauf hin, dass bezüglich des lumbovertebralen Syndroms bei entsprechender Motivation eine Verbesserung durch ein intensiviertes physiotherapeutisches Programm mit Rückenschule erwartet werden könne. Zudem sei die medikamentöse Schmerztherapie bisher nicht ausgeschöpft worden (Urk. 8/11 S. 4). Auch Dr. F. ___ wies auf die Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion hin (Urk. 12/2 S. 2). Im übrigen handelt es sich beim Bewegungsmangel, den Diätfehlern und dem Nikotinkonsum um vom Beschwerdeführer mitzuvertretende Faktoren, welche ihm im Rahmen der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht anzulasten sind.

E. 3.2.4

Schliesslich vermag auch die Stellungnahme der behandelnden Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin I. ___, welche auf Ersuchen von Dr. D. ___ und Dr. P. ___ auf den invalidisierenden Charakter der respiratorischen Schlafstörung aufmerksam machten (Urk. 12/4), die Einschätzung durch Dr. O. ___ nicht in Frage zu stellen. Einerseits ist die Arbeitsunfähigkeit nicht näher begründet und andererseits gaben die Ärzte in ihrem einen Monat zuvor erstellten Bericht an, unter der CPAP-Therapie habe die Schlafqualität des Beschwerdeführers normalisiert werden können und es werde empfohlen, die Überdrucktherapie während der ganzen Schlafzeit zu benutzen, wobei eine deutliche Verbesserung der Tagesbefindlichkeit, eine Reduktion der Tagesschläfrigkeit sowie eine

