

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00581 vom 1. November 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-11-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00581

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00581 du 1 novembre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00581 del 1 novembre 2006

Erwägungen

E. 3

anamnestisch Migräne

E. 4

arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt

E. 5

anamnestisch Knieschmerzen

■ klinische Untersuchung bland, MRI Knie links am 7. Juni 2002 ebenfalls unauffällig

E. 6

Status nach parazentralen Lungenembolien beidseits August unklarer Ätiologie

■ seither Dauerantikoagulation

Die multidisziplinäre Besprechung ergab folgende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/19 S. 26 f. Ziff. 6.1.2):

Es ist bei der Explorandin schwierig, einerseits eine angestammte Tätigkeit festzulegen, andererseits eine dazugehörige Arbeitsfähigkeitslimitierung durch ein medizinisches Leiden zuzuordnen. Tatsächlich erlitt die Explorandin ihre Verletzung, welche heute im Vordergrund ihrer Beschwerden angegeben wird, im Oktober 1998. Tatsächlich arbeitete sie anschliessend noch jahrelang in verschiedenen Tätigkeiten weiter. Die Arbeitsunfähigkeitsattestierung als Leiterin, nachdem sie diese Stelle ab 1.7.2002 antrat, erfolgte am 27.8.2002 wegen der erlittenen Lungenembolien und nicht wegen der Handprobleme. Erst später wurden schliesslich die Handprobleme geltend gemacht, welche eine Arbeitsfähigkeit nicht mehr erlauben würden. Als Leiterin war sie jedoch primär aus anderen Gründen arbeitsunfähig geschrieben. Aus den genannten Gründen, wie auch untenstehend festzustellen ist (Diskrepanzen in der Untersuchungssituation), beziehen wir uns auf die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit.

Im Vordergrund der Beschwerden der Explorandin steht die Handproblematik rechts. Es kommt nicht von ungefähr, dass bei der Explorandin sehr unterschiedliche Einschätzungen bestehen.

Die Problematik liegt einerseits darin, sollte tatsächlich eine Nervenschädigung am 16.11.1998 eingetreten sein und sich dann ein neuropathisches Schmerzbild etabliert haben, dass dies bekanntermassen immer schwierig nachvollziehbar ist in der objektiven Untersuchung. Andererseits bestehen auch Diskrepanzen in der aktuellen Handlung der

Explorandin mit teilweise normaler Finger- und Handbetätigung in unbeobachteten Situationen, dass dies die Einschätzung nährt, dass man doch eher auf die objektiven Befunde abstützen sollte, als auf die subjektiven Angaben der Explorandin. Wiederholt wurden bei uns auch ausführende Neurographien durchgeführt, die keine motorischen Defizite objektiveren liessen. Es kann wohl eine residuelle Sensibilitätsstörung mit Hypästhesie und Hyperästhesien im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris und partiell auch des Nervus medialis in der rechten Hand angenommen werden. Auch in früheren Untersuchungen, auch bei Dr. A. ____, konnten keine wesentlichen objektivierbaren Befunde festgestellt werden. Das Gleiche lässt sich beispielsweise über die Kniebeschwerden sagen bei völlig unauffälliger klinischer Untersuchung, normalem MRI trotz subjektiver Beschwerdeangabe. Auch der Verlauf der attestierten Arbeitsunfähigkeit mit lange nicht beeinträchtigtiger Arbeitsfähigkeit der Explorandin, erst eigentlich 4 Jahre später sich manifestierender Arbeitsunfähigkeit, primär sogar noch durch die Lungenembolien und nicht durch die Handproblematik ausgelöst, spricht ebenfalls nicht für ein konsistentes Bild hinsichtlich der somatisch nachvollziehbaren Schmerzursache. Bei widersprüchlicher Aktensituation und kaum objektivierbaren Befunden, die jedoch auch nicht so sind, dass sie eine ursprüngliche Läsion mit Sicherheit ausschliessen könnten, lässt sich abschliessend im Rahmen der Konsensbesprechung aus somatischer Sicht festhalten, dass der Explorandin keine beidseitig schwer belastenden Tätigkeiten mit den Händen mehr zumutbar sind. Der Explorandin ist es auf jeden Fall ohne Zweifel zumutbar, die rechte Hand für Stützfunktionen einzusetzen, sicher mit Gebrauch des Daumens und des Zeigefingers. In von der Explorandin unbeobachtet geglaubten Sequenzen mit normalem Schnüren eines hohen Schuhs, normalem Ankleiden, kräftigem Händedruck in Ablenkung usw., können wohl auch die anderen Finger regelmässig eingesetzt werden. Der Explorandin sind also körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten, ohne Einschränkung der linken Hand mit mindestens stützender Zudienfunktion der rechten Hand ohne Einschränkung zumutbar.

Aus somatischer Sicht bestehen bei der Explorandin verschiedene früher aktive Diagnosen, die heute die Arbeitsfähigkeit nicht mehr tangieren. Die Explorandin ist dauerantikoaguliert wegen früheren Lungenembolien. Dies beeinträchtigt die Arbeitsfähigkeit nicht. Derzeit gibt es keine Manifestationsarten des ursprünglichen Hyperparathyreoidismus, die die Arbeitsfähigkeit tangieren würden. Die im Weiteren angegebenen Kniebeschwerden lassen sich weder durch MRI noch durch die klinische Untersuchung in der geringsten Weise nachvollziehen.

Aus psychiatrischer Sicht kann bei der Explorandin beschreibend eine Anpassungsstörung gemäss ICD-10 festgestellt werden. Es besteht eine ängstliche Selbstbeobachtung mit teilweise Hyperventilationen und Nervosität sowie Anspannung. Gleichzeitig besteht eine gewisse Somatisierungstendenz, wie dies auch in der somatischen Untersuchungssituation zum Ausdruck kommt, mit Überbetonung der Beschwerden. Gleichzeitig besteht eine akzentuierte Persönlichkeit, die jedoch per se die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkt, jedoch den Umgang mit der Explorandin an und für sich. Es besteht eine leicht verminderte Leistungsfähigkeit bei ganzzügiger Zumutbarkeit aus psychiatrischer Sicht um maximal 20 %.

Abschliessend ist festzuhalten, dass der Explorandin körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten, gemäss der oben erwähnten somatischen

Einschränkungen, ganzjährig zumutbar sind mit einer Leistungseinschränkung von maximal 20 %.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus neurologischer Sicht seien verschiedene Therapie-Optionen vorgeschlagen. Der mehrjährige Verlauf und das nicht Wahrnehmen solcher Massnahmen sei ein weiteres Indiz, dass die subjektive und die objektive Problematik auseinander klaffen würde, weshalb eher von Massnahmen abgeraten werde (Urk. 10/19 S. 29 Ziff. 6.1.7). Aus psychiatrischer Sicht könne eine psychotherapeutische Behandlung vorgeschlagen werden, was vollumfänglich zumutbar wäre. Da der Beschwerdeführerin die diesbezügliche Einsicht jedoch vollkommen fehle, sei dies nicht umsetzbar (Urk. 10/19 S. 29 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/38) führte der I.____-Gutachter sodann am 29. Oktober 2004 aus, sowohl in der neurologischen wie in der allgemein-internistischen Untersuchung sei die Migräne von der Beschwerdeführerin nicht und auch auf Nachfrage nur im Hintergrund erwähnt worden; deshalb sei diese Diagnose nur als anamnestische eingesetzt worden. Mit Sicherheit sei sie ohne den geringsten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/35 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ein relevantes Venenleiden, das einen Einfluss auf die statischen Verhältnisse hätte, liege ebenfalls mit Sicherheit nicht vor. Aufgrund der unklaren Lungenembolien seit August 2002 sei die Beschwerdeführerin dauerantikoaguliert und diesbezüglich adäquat behandelt, so dass auch hier keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 10/35 S. 1 unten).

3.7 Ä Ä Ä Ä Am 23. April 2005 erstattete Dr. A.____ ein weiteres Gutachten im Auftrag des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (Urk. 10/18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. A.____ führte aus, die von ihm durchgeführten Tests würden das Vorliegen eines CRPS Typ II beweisen (Urk. 10/18 S. 5 unten). Im Hinblick auf die Handproblematik schätzte er die Arbeitsfähigkeit als Hausfrau auf maximal 30 % und diejenige in einer angepassten Tätigkeit auf 20 bis maximal 25 %, dies unter Verweis auf die Dauerschmerzen, die Schmerzsteigerung durch Berührung, Druck und Belastungen an der rechten Hand sowie durch klimatische und äussere Temperatureinflüsse. Zu berücksichtigen seien auch die anderweitigen medizinischen Faktoren wie der Status nach Beinvenenthrombosen, die Kalziumstoffwechselstörung bei Hyperparathyreoidismus einschliesslich Schilddrüsenfunktionsstörungen und die häufigen Migräneanfälle, vor allem provoziert durch verschiedene äussere Einflüsse wie Computer- und Fernsehbildschirme (Urk. 10/18 S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das I.____-Gutachten wecke den Gesamteindruck einer völligen Unterschätzung des Ernst der Lage; es unterschätze oder ignoriere sogar die Auswirkungen einer pathologischen Schmerzentwicklung eines CRPS Typ II. Womöglich seien die Gutachter diesbezüglich nicht auf dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand, worauf die veraltete Terminologie (beispielsweise: kausalgiformes Schmerzsyndrom) hinweise; das CRPS Typ II werde nur als Verdachtsdiagnose beispielhaft einmal erwähnt (Urk. 10/18 S. 8).

3.8 Ä Ä Ä Ä Am 1. November 2005 führte der Hausarzt Dr. E.____ zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin aus, diese erleide in guten Zeiten einmal wöchentlich und in schlechten Zeiten alle 1-3 Tage einen Migräneschub (Urk. 14 Ziff.

1). Aus ihrem Schmerztagebuch sei ersichtlich, dass sie alle 1-3 Tage an einem mehrstündigen oder mehrtägigen cervicocephalen Schmerzsyndrom leide; derweilen sei keine Tätigkeit möglich (Urk. 14 Ziff. 2). Die Migräne könne nicht gänzlich von den anderen Symptomenkreisen (Blutdruck, Handgelenksschmerzen, Lunge, Thoraxwandschmerzen, cervikospondylogene Beschwerden, Venen-Beinbeschwerden, Depression) losgelöst gesehen werden (Urk. 14 Ziff. 3).

3.9. Am 29. November 2005 führte Dr. med. H. ____, Regionaler ärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin, unter anderem aus, Befundbeschreibung und arbeitsmedizinische Beurteilung im ersten Gutachten von Dr. A. __ (2001) und im I. -Gutachten stimmten weitgehend überein (Urk. 19 S. 1), während die von Dr. A. __ 2004 bei unverändertem Befund nunmehr revidierte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit - dies zudem unter Einbezug anderer als der handchirurgischen Probleme - nicht überein (Urk. 19 S. 2). Auf eine im I. -Gutachten festgestellte gewisse Somatisierungstendenz weist der Umstand hin, dass nun auch Beschwerden in der rechten Unterextremität und der Gesichtshälfte beklagt würden, ohne dass ihnen eine entsprechende organische Grundlage zugeordnet werden könne (Urk. 19 S. 2 Mitte). Das Arztzeugnis von Dr. E. __ ergebe zur Migräneproblematik keine neuen Erkenntnisse: Die Migräne sei im Gutachten von Dr. F. __ und des I. __ eingehend gewürdigt worden; die Angaben zur Häufigkeit der Anfälle widersprechen sich erheblich. Zudem werde gemäß Dr. E. __ ein klassisches Migräne-Anfallsmittel seit einigen Jahren mit Erfolg angewendet (Urk. 19 S. 2 f.).

4.

4.1. Im Hinblick auf die Würdigung der medizinischen Situation fällt ins Gewicht, dass das I. -Gutachten auf eigenständigen internistischen, neurologischen und psychiatrischen Abklärungen, mithin auf allseitigen Untersuchungen beruht und damit für die streitigen Belange umfassend ist. Es wurden die umfangreichen Vorakten verwertet und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge - insbesondere dem Zusammenspiel der psychischen und der somatischen Elemente - und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, dies insbesondere auch durch die Auseinandersetzung mit früheren, teilweise divergierenden ärztlichen Beurteilungen. Vor diesem Hintergrund vermögen auch die darin enthaltenen Schlussfolgerungen, namentlich die Umschreibung der leidensangepasst zumutbaren Tätigkeiten und deren Umfang, zu überzeugen.

Das I. -Gutachten erfüllt mithin alle praxisgemässen Kriterien (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c), so dass grundsätzlich darauf abzustellen ist.

4.2. Der Handchirurg Dr. A. __ äusserte dezidierte Kritik an den Schlussfolgerungen des I. -Gutachtens und bezweifelte die fachlichen Qualifikationen der Gutachter, weil sie angeblich der Schmerzproblematik im Zusammenhang mit dem CRPS Typ II nicht gerecht geworden seien.

Die Differenz liegt allerdings nicht in diesem Punkt. Das I. -Gutachten befasste sich nämlich - entgegen der Behauptung von Dr. A. __ - durchaus mit dem Complex Regional Pain Syndrome: Der neurologische Gutachter bezeichnete es als wahrscheinlich, obwohl aktuell keine trophischen Störungen sichtbar

waren. Auch in der abschliessenden Diagnose - also keineswegs "beiläufig einmal" - wurde ein CRPS als nicht sicher auszuschliessen aufgeführt. Dass, wie von Dr. A. ___ behauptet, die Verwendung des Ausdrucks "kausalgiformes Schmerzsyndrom" auf fachliche Inkompetenz schliessen liesse, erstaunt insofern, als Dr. A. ___ selber in seinem Gutachten von 2001 den Ausdruck "Kausalgie" in die Diagnosestellung aufnahm.

Unterschiedlich ist somit nicht die Befassung mit dem CRPS, unterschiedlich ist die Einschätzung der damit verbundenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Hier fällt ins Gewicht, dass Dr. A. ___ als Folge der - zweifellos gegebenen - Funktionseinschränkung der rechten, dominanten Hand eine Arbeitsunfähigkeit im Haushalt und in leidensangepasster Tätigkeit in einem Umfang postulierte, der jeglicher Nachvollziehbarkeit entbehrt. Bezeichnenderweise nannte Dr. A. ___ denn auch zahlreiche weitere medizinische Faktoren, die seines Erachtens die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten. Damit bewegte er sich allerdings weit ausserhalb seines Spezialgebiets, der Handchirurgie, und nahm - dem Anspruch nach - eine Gesamtbeurteilung vor, wozu die polydisziplinäre Begutachtung anerkanntermassen deutlich geeigneter ist als das engagierte Urteil eines einzelnen Spezialisten.

Soweit der seit 2002 zuständige Hausarzt Beurteilungen abgab, welche denjenigen im I. ___-Gutachten widersprechen, ist darauf hinzuweisen, dass sich bereits für die - einzig - von ihm diagnostizierte Gonarthrose kein bildgebendes Korrelat gefunden hat, was annehmen lässt, dass seine Diagnose nicht auf entsprechenden Befunden, sondern auf Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin beruhte. Dass dies keine genügende Basis ist, um von den befundmässig belegten und nachvollziehbar begründeten Einschätzungen des Gutachtens abzuweichen, ist offensichtlich, weshalb darauf nicht weiter einzugehen ist.

4.3 Somit ist auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit abzustellen, die sich aus dem I. ___-Gutachten ergibt (Urk. 10/19 S. 27):

Keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit resultiert aus den 2002 aufgetretenen Lungenembolien, dem Hyperparathyreoidismus, den angegebenen Kniebeschwerden und der im Begutachtungszeitpunkt anamnestischen Migräne. Limitierend ist einerseits eine psychische Komponente, dies im Umfang von maximal 20 %, und andererseits die Beeinträchtigung durch die Beschwerden an der rechten Hand. Diese kann - nur, aber immerhin - für Stützfunktionen, sicher mit Gebrauch des Daumens und des Zeigefingers, eingesetzt werden. Ohne Einschränkung zumutbar sind der Beschwerdeführerin körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten, ohne Einschränkung der linken Hand, mit mindestens stützender Zudienfunktion der rechten Hand.

4.4 Vor diesem Hintergrund erscheint die Annahme der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführerin sei die angestammte Tätigkeit - beziehungsweise die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Leiterin - noch im Umfang zu 80 % zumutbar, als zu weitgehend. Zwar ist richtig, dass bei einer den genannten Anforderungen entsprechenden Tätigkeit lediglich die psychisch begründete Einschränkung von 20 % zu berücksichtigen ist, da die eingeschränkte Verwendbarkeit der rechten Hand sich nicht im zeitlichen Umfang, sondern in der Art der noch in Frage kommenden Tätigkeit niederschlägt. Was allerdings als angestammte Tätigkeit zu betrachten ist, und ob diese den genannten Anforderungen genügen würde, ist mit den I. ___-Gutachten (vgl. Urk.

5.4. Der Vergleich des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 43'717.-- im Jahr 2002 mit dem hypothetischen Invalideneinkommen im Jahr 2002 von Fr. 32'496.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 11'221.--, was einem Invaliditätsgrad von 26 % entspricht.

Demnach ist der angefochtene Entscheid, mit dem ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde, nicht zu beanstanden.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Frank Goecke

- 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.