

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00228 vom 22. Juni 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-06-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00228

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00228 du 22 juin 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00228 del 22 giugno 2006

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Organe der beruflichen Vorsorge sind zur Einsprache gegen die Verfügung oder zur Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der IV-Stelle über den Rentenanspruch als solchen oder den Invaliditätsgrad berechtigt (BGE 132 V 5 Erw. 3.3.1).

1.2 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: 25. Januar 2006) 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 25. Januar 2006 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. Dabei ist zu ergenzen, dass die von der Rechtsprechung herausgebildeten Grundsätze unter der Herrschaft des ATSG prinzipiell weiterhin Geltung haben (BGE 130 V 352 Erw. 3.6).

E. 1.3

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung

allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.4 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 Aussagen 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).

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 Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, 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).

1.5 Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

Von der Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger zur Gewährung des rechtlichen Gehörs ist nach dem Grundsatz der Verfahrenseffizienz dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst befriederlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (BGE 116 V 186

Erw. 3c und d; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 19. April 2000 i.S. F., I 30/00, Erw. 3).

E. 2

2.1. Strittig ist, ob dem Beigeladenen Leistungen der Invalidenversicherung zustehen und damit zusammenhängend die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt genügend abgeklärt hat.

2.2. Die Beschwerdegegnerin bringt vor, dass im Abklärungsverfahren der Beschwerdegegnerin weder weitergehende, umfassende medizinische Abklärungen stattgefunden hätten noch dass entsprechende berufliche Massnahmen geprüft worden seien (Urk. 1 S. 2 Mitte). Im Gegenteil sei von der Beschwerdegegnerin ausdrücklich keine Kostengutsprache für berufliche Massnahmen allein zufolge subjektiver Unmöglichkeit beim Versicherten erteilt worden.

Es seien nebst den Berichten aus der aktuellen Therapie lediglich die Berichte des früher behandelnden Psychiaters eingeholt worden (Urk. 1 S. 2 unten). Der behandelnde Psychiater halte jedoch fest, dass eine gesicherte Prognosestellung zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich sei. Dennoch habe bis zur Rentenzusprache keine weitere Rückfrage bei einer Medizinalperson stattgefunden.

Aufgrund der Einsprache seien einzig kurze Auskünfte bei den bereits involvierten Ärzten eingeholt worden.

2.3. Die Beschwerdegegnerin vertritt demgegenüber den Standpunkt, dass in der letzten befristeten Therapie bei der A.____ die Behandlung nur eines Teilbereichs des Krankheitsbildes, nämlich der spezifischen Phobie vereinbart worden sei (Urk. 2 S. 3 unten). Dieses Ziel sei erreicht worden, wenngleich der Gesamtleidensdruck nach wie vor als erheblich zu bezeichnen sei. Gemäss dem behandelnden Psychiater habe sich am Gesundheitszustand des Versicherten dadurch nichts geändert. Bei der vorübergehenden Behandlung im A.____ sei es spezifisch darum gegangen, die Ängste vor Autobahn- und Tunnelfahrten anzugehen. Wenngleich dieses Ziel erreicht worden sei, bestehe die gravierende psychische Störung weiterhin (Urk. 2 S. 4 oben).

Eine vollständige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit verunmögliche berufliche Massnahmen (Urk. 2 S. 4 oben). Bei einer Besserung des Gesundheitszustands könnten auch später noch berufliche Massnahmen ins Auge gefasst werden.

Es bestände keine Veranlassung, nicht auf die fundierten Berichte des behandelnden Psychiaters abzustellen. Es könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass ein Gutachter den Sachverhalt anders beurteilen würde (Urk. 2 S. 4 Mitte).

2.4. Der Versicherte führte an, er sei nachweislich zu 100 % erwerbsunfähig (Urk. 14 S. 2 unten f.). Es sei keineswegs unüblich bei einer derartigen Erkrankung, dass der Patient erst nach Monaten zu einer Behandlung beim Arzt erscheine (Urk. 14 S. 2 oben). Die Erkrankung sei der Arbeitgeberin seit August 2003 bekannt gewesen (Urk. 14 S. 2 Mitte). Im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung im Juli 2005 sei der Beschwerdegegner bereits seit über zwei Jahren vollumfänglich arbeits- und erwerbsunfähig gewesen (Urk. 14 S. 3 unten). Die Bemerkungen des Case-Managers seien zufolge gesundheitlicher Unmöglichkeit einer verwertbaren

Erwerbsfähigkeit wieder gestoppt worden (Urk. 14 S. 4 oben).

E. 3

3.1 Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welcher den Versicherten seit 15. August 2003 behandelt (vgl. Urk. 11/27/2 S. 2 lit. D.1), hielt am 19. März 2004 fest, dass bei einem direkten Wiedereinstieg ins Erwerbsleben ein Misserfolg vorprogrammiert sei (Urk. 11/24/4 S. 2 Ziff. 4). Daher sei der Versicherte voll arbeitsunfähig. Er halte ihn jedoch als für wirklich daran interessiert, wieder ins Erwerbsleben einzusteigen, was aber nur mit adäquater und nachhaltiger Unterstützung möglich sei. In diesem Fall sei die Prognose einigermassen günstig.

3.2 Dr. B.____ stellte am 29. März 2004 folgende Diagnosen (Urk. 11/27/2 S. 1 lit. A):

- Depressiver Zustand mittleren Grades (ICD-10: F32.1) mit phobischen Ängsten als Folge einer schwerwiegenden beruflichen Überforderungssituation bestehend seit zirka Sommer 2002

Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (Urk. 11/27/2 S. 1 lit. C.1). Der Zustand des Versicherten lasse sich mit ambulanter Behandlung kaum wesentlich beeinflussen (Urk. 11/27/2 S. 2 lit. D.7). Er befinde sich immer noch in einem depressiven Zustand und es komme zu Konzentrationsstörungen mit Versagen bei einfachen Aufgaben. Nach wie vor beständen phobische Ängste auf Autostrassen, Autobahnen, in Tunnels und unter vielen Leuten. Er sei aber motiviert, wieder in eine berufliche Tätigkeit einzusteigen, und die diesbezügliche Prognose sei nicht zum vornherein als ungünstig zu beurteilen. Es wäre aber wichtig, dass der Versicherte in ein Rehabilitationsprogramm eingeschleust werden könnte.

3.3 Dr. med. C.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, Sportmedizin, manuelle Medizin, welcher den Versicherten seit Frühjahr 2003 als Hausarzt betreut (vgl. Urk. 11/26 S. 2 lit. D.1), stellte am 19. April 2004 folgende Diagnosen (Urk. 11/26 S. 1 lit. A):

- schwere reaktive Depression, phobisches Syndrom, bestehend seit Anfang des Jahres 2003

Der Versicherte weise reaktive, massive psychische Probleme mit depressivem Zustandsbild auf (Urk. 11/26 S. 2 lit. D.7). Nach initialer Diagnose eines Burn-out-Syndroms habe sich gezeigt, dass die depressiven Symptome sich noch verschlechtert hätten. Zunehmend komme es zu phobischen Symptomen mit Schwindel und Angstzuständen. Trotz fachärztlicher Therapie habe sich der Zustand in keiner Weise gebessert. Der Knackpunkt der Therapie liege in der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit, welches durch ein vernünftiges Case-Management entschärft werden könnte.

3.4 Am 31. Dezember 2004 hielt Dr. B.____ den Versicherten nach wie vor für vollumfänglich arbeitsunfähig (Urk. 11/23/2 S. 2 Ziff. 3). Es bestehe nur eine Verbesserungsmöglichkeit der Arbeitsfähigkeit, wenn parallel zur ärztlichen Behandlung ein Rehabilitationsprogramm mit Unterstützung durch ein Case-Management laufe (Urk. 11/23/2 S. 2 Ziff. 4).

3.5 Die Ärzte der A.____ hielten am 18. März 2005 fest, dass die persistierende Angst- und Panikstörung im Fokus der Gespräche stehe (Urk. 11/21 Mitte). Die Arbeitsunfähigkeit betrage gegenwärtig 100 %. Eine gesicherte Prognosestellung sei

zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht mit Sicherheit möglich. Grundsätzlich könne der persistierende Leidensdruck bei Beibehaltung einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung mit schwerpunktmässiger Fokussierung auf die Angstproblematik deutlich und nachhaltig reduziert werden (Urk. 11/21 unten).

Zuhanden des Vertrauensarztes der Beschwerdeführerin hielten die Ärzte der A. ___ am 26. August 2005 fest, dass nach Abschluss der spezifischen Behandlung die begonnene psychotherapeutische Behandlung bei Dr. B. ___ entsprechend gegenseitiger Vereinbarung fortgesetzt worden sei (Urk. 11/11 Mitte). Die Behandlung bei der A. ___ sei am 20. Juli 2005 beendet worden.

Am 28. September 2005 hielten die Ärzte der A. ___ zuhanden des Versicherten fest, dass die enge Zielsetzung der Behandlung zwischen ihnen und dem Versicherten vorgängig im gegenseitigen Einverständnis zur Teilreduktion des gesamten Leidensdrucks vereinbart worden sei (Urk. 11/20/3 S. 1 Mitte). Eine umfassende Gesamtbehandlung sei nie Gegenstand der Behandlungsvereinbarung gewesen. Auch nach der Behandlung habe ein erheblicher Gesamtleidensdruck immer noch bestanden (Urk. 11/20/3 S. 2 oben).

E. 3.6

Zuhanden des Rechtsvertreters des Versicherten hielt Dr. B. ___ am 28. September 2005 fest, dass die Beschwerdegegnerin absolut adäquat gehandelt habe, indem sie auf eine psychiatrische Begutachtung verzichtet habe (Urk. 11/20/4 S. 1 unten). Der Versicherte habe sich um berufliche Rehabilitation bemüht, die Beschwerdegegnerin habe ihm jedoch keine sinnvollen beruflichen Massnahmen anbieten können (Urk. 11/20/4 S. 1 Mitte). Das Case-Management sei nicht zustande gekommen, weil der Betreuer die Ansicht vertreten habe, dass der gesundheitliche Zustand keine Rehabilitation zulasse. Selbst wenn eine teilweise Arbeitsfähigkeit wieder erzielt werden könne, wäre dies mit Sicherheit nur in einem wesentlich weniger anspruchsvollen beruflichen Bereich möglich und der Invaliditätsgrad würde immer noch über 70 % betragen (Urk. 11/20/4 S. 2 Mitte).

Dr. B. ___ hielt am 4. Oktober 2005 an seiner Diagnose vom 29. März 2004 vollumfänglich fest (Urk. 11/20/2 S. 1 lit. A). Der Gesundheitszustand sei stationär (Urk. 11/20/2 S. 1 lit. C.1). Bei der Behandlung durch die Ärzte der A. ___ sei die Angst des Versicherten vor Autobahn- und Tunnelfahrten mit dem Auto behoben worden (Urk. 11/20/2 S. 2 lit. D.3). Allerdings habe dies nichts daran geändert, dass eine gravierende psychische Störung weiterhin bestehe, auch im Sinne phobischer Ängste. Die Mobilität habe durch die Behandlung verbessert werden können; es bleibe jedoch bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Die Prognose sei ungünstig (Urk. 11/20/2 S. 2 lit. D.7).

Die Ärzte der A. ___ diagnostizierten am 7. November 2005 eine spezifische Phobie (WHO-Klassifikation ICD-10: F40.2), bestehend seit etwa 2003 (Urk. 11/17 S. 3 lit. A). Die generelle Arbeitsfähigkeit sei durch die Behandlung lediglich in geringem Masse beeinflusst worden, da der Gesamtleidensdruck nur partiell abgenommen habe (Urk. 11/17 S. 4 oben).

E. 4.1

Hinsichtlich der Objektivität der vorliegenden Berichte ist festzustellen, dass diejenigen von Dr. B. ___ (Urk. 11/20/2, Urk. 11/20/4, Urk. 11/23/2, Urk. 11/24/4, Urk. 11/27/2)

aufgrund der mehrjährigen Behandlungsdauer (vgl. Urk. 11/27/2 S. 2 lit. D.1), welche eine zumindest hausarzt hnliche Vertrauensstellung impliziert, mit Zurückhaltung zu würdigen sind. Nicht nachvollziehbar ist, weshalb Dr. Sch ppi als behandelnder Psychiater einerseits die Diagnose eines depressiven Zustandes mittleren Grades stellte (Urk. 11/20/1, Urk. 11/27/2), aber die psychiatrischen Konsultationen relativ weitmaschig erfolgten (Urk. 11/27/5: 1-2 wöchentlich; Urk. 11/19: 1 mal monatlich) und dennoch entsprechend der Diagnose des Hausarztes, der von einer schweren reaktiven Depression spricht (Urk. 11/26), von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgeht.

4.2     Die Berichte der Ärzte der A.____ (Urk. 11/17, Urk. 11/11, Urk. 11/20/3, Urk. 11/21) beziehen sich nach deren eigener Darstellung und insbesondere der Diagnosestellung (Urk. 11/17 S. 3 lit. A) einzig auf die spezifische Angstphobie des Beschwerdeführers, welche auch einziger Therapiegegenstand bildete (vgl. Urk. 11/20/3 S. 1 Mitte). Für die Frage, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden beim Versicherten vorliegt, können sie demnach nur begrenzt herangezogen werden.

E. 4.3

Hinsichtlich des Arztberichts von Dr. C.____ (Urk. 11/26) ist festzustellen, dass dieser als Facharzt Allgemeine Medizin FMH, Sportmedizin, manuelle Medizin, nicht als Facharzt in psychischen Belangen tätig ist und sich demzufolge bei seinen Äusserungen über die psychische Situation des Versicherten primär auf die Auffassung von Spezial rzten abstützen kann. Seine Schlussfolgerungen sind demnach ebenfalls nur mit Zurückhaltung für die Beurteilung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu berücksichtigen. Seine psychiatrische Diagnose ist zudem schwerwiegender als diejenige von Dr. Sch ppi. Immerhin behandelt Dr. C.____ den Versicherten seit Fr hling 2003 (Urk. 11/18, Urk. 11/26), weshalb es entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin zutrifft, dass die Arbeitsunfähigkeit erst im nachhinein attestiert wurde.

E. 4.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass betreffend den psychischen Zustand des Versicherten und auch betreffend seine Arbeitsunfähigkeit keine Klarheit besteht.

E. 4.5

Insgesamt ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin ihren Abklärungspflichten nur ungenügend nachgekommen ist. Die Sache ist somit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung des Versicherten prüfe, welche Gesundheitsschäden vorliegen und wie sich diese auf dessen Arbeitsunfähigkeit auswirken, unter Klärung der Frage einer zumutbaren Überwindung allfälliger psychischer Gesundheitsschäden. Hernach hat die Beschwerdegegnerin allenfalls einen Einkommensvergleich vorzunehmen und über den Anspruch auf eine Invalidenrente neu zu verfügen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Entscheid aufzuheben.

Das Gericht erkennt:

1.     Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 25. Januar 2006 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Helvetia Patria Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Rechtsanwalt Thomas Hälg
- 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.