

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00341 vom 27. September 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-09-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.00341](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00341)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00341 du 27 septembre 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00341 del 27 settembre 2006

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob seit der erstmaligen rechtskräftigen Zusprechung der halben Invalidenrente mit Verfügungen vom 5. September 2001 (Urk. 10/40-42) bis zum Erlass des eine revisionsweise Erhöhung ablehnenden Einspracheentscheides vom 1. März 2006 (Urk. 2) Änderungen in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten sind, welche nunmehr den Anspruch auf eine höhere Invalidenrente begründen. In Nachachtung der oben zitierten Rechtsprechung (Erw. 1.2) kommt dem Urteil des hiesigen Gerichtes vom 25. Juni 2004 in Sachen der Parteien im Rahmen der zeitlichen Vergleichsbasis lediglich insoweit Rechtserheblichkeit zu, als damit die vorinstanzliche Abweisung einer revisionsweisen Rentenerhöhung mit Entscheid vom 30. Oktober 2003 bestätigt und demzufolge eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis zum 30. Oktober 2003 verneint wurde.

### E. 2.2

Grundlage der ursprünglichen Rentenverfügungen vom 5. September 2001 bildete im Wesentlichen das Gutachten des B. \_\_\_ vom 16. November 2000, wo die Beschwerdeführerin am 6. und 16. November 2000 klinisch, neurologisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht worden war (Urk. 10/23 S. 1, 8, 11, 13).

Die untersuchenden Ärzte erhoben als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Fibromyalgie sowie eine Segmentdegeneration C5/6 mit leichtem tendomyotischem Schmerzsyndrom, ausserdem als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen insulinabhängigen Diabetes mellitus Typ II, eine diabetische Retinopathie sowie eine diabetische Polyneuropathie. Sie führten aus, bei der rheumatologischen Untersuchung habe sich eine recht gute segmentale Beweglichkeit der Wirbelsäule gezeigt. Radiologisch zeige sich bei den Schultergelenken eine initiale Zuspitzung am kaudalen Pfannenteil, ansonsten sei der Befund altersentsprechend normal. Bei der Halswirbelsäule bestehe eine fortgeschrittene Segmentdegeneration C5/C6. Die Lendenwirbelsäule sei bis auf eine initiale Lippenbildung an der Oberkante von L4/L5 unauffällig, ohne Anhaltspunkte für degenerative Veränderungen. Auch habe die neurologische Untersuchung keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik ergeben. Die distal betonte, vorwiegend sensible Polyneuropathie bestehe im Rahmen des bekannten Diabetes mellitus.

Im Vordergrund stehe ein diffuses Schmerzsyndrom im Wirbelsäulenbereich mit Ausstrahlungen vor allem in den Nacken und den Schultergürtel. Auffallend seien der erhöhte muskuläre Tonus sowie die diffuse Druckdolenz an klassischen Stellen der Muskulatur und Sehnenansätze, was die Kriterien

für die Diagnose einer Fibromyalgie erfüllt. Hinzu komme ein tendomyotisches Cervicalsyndrom bei Segmentdegeneration C5/C6, was jedoch klinisch nicht im Vordergrund stehe, da die Beschwerdeführerin den Kopf ungehindert bewegen könne und auch die Hauptlokalisation der Schmerzen nicht in diesem Bereich angebe.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus rheumatologischer Sicht bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kontrolleurin und Packerin eine 60%ige Arbeitsfähigkeit. Die Reduktion beruhe auf der Manifestation des weichteilrheumatischen Syndroms. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich keine Arbeitsunfähigkeit. Der Diabetes mellitus als solcher schränke die Arbeitsfähigkeit nicht zusätzlich ein. Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin somit 60 % für alle beruflichen Tätigkeiten, bei denen wechselnde Positionen möglich und keine schwere Lasten über 15 kg zu tragen seien.

### 2.3 Ä Ä Ä

2.3.1 Ä Ä Nach Eingang des Revisionsgesuchs vom 12. Mai 2005 (Urk. 10/92) nahm die Beschwerdegegnerin einen Bericht von Dr. C. \_\_\_ vom 19. Mai 2005 zu den Akten (Urk. 10/93).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C. \_\_\_ stellte darin folgende Diagnosen:

- Chronisches Panvertebralsyndrom bei Fehlhaltung und degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule
- Chronisches cervicocephales und cervicoradikuläres Reizsyndrom bei Osteochondrose C5/6 und beidseitiger Foramenstenose, degenerative Foramenstenose C4/5 links
- Osteoporose
- Chronische Periarthropathia humeroscapularis calcarea bei Omarthrose links
- Diabetes mellitus Typ II seit 1994
- insulinpflichtig
- Retinopathie, Nephropathie und schmerzhafte periphere Polyneuropathie
- Arterielle Hypertonie
- Gemischte Dyslipidämie
- Normochrom-normocytäre Anämie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Dr. C. \_\_\_ liegt eine sehr komplexe Symptomatik vor, die zum Teil auf das Rheumaleiden bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und muskulären Dysbalancen, andererseits aber auf bereits fortgeschrittene sekundäre Komplikationen des sehr schwer einstellbaren Diabetes mellitus zurückzuführen sei. Am ehesten werde die Beschwerdeführerin im Alltag durch die bewegungs- und belastungsabhängigen Rückenschmerzen sowie durch die generalisierten neuromuskulären Schmerzen an allen vier Extremitäten bei verifizierter peripherer Polyneuropathie geplagt. Nebenbei bestehe eine ebenfalls durch den Diabetes verursachte Nephropathie mit rezidivierenden Harnwegsinfekten, die im Oktober 2001 zu einer sehr schweren Pyelonephritis geführt hätten. In Anbetracht der gesamten Situation halte sie die Beschwerdeführerin für nicht mehr arbeitsfähig und zu 100 % invalid (Urk. 10/93).

2.3.2.2 Am 21. Dezember 2004 unterzog sich die Beschwerdeführerin, welche gemäss dem Angiologen Dr. med. E. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, speziell Gefässkrankheiten, vor der Behandlung unter einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit Grad IV, hernach unter einer solchen des Grades I rechts und des Grades II links gelitten hatte (Urk. 10/97), einer perkutanen transluminalen Angioplastie (PTA). In einem Verlaufsbericht vom 30. Mai 2005 fügte Dr. C. \_\_\_\_ zu den bisherigen Diagnosen neu die periphere arterielle Verschlusskrankheit, Status nach PTA bei Ulcus über der Ferse links hinzu.

Die Schmerzen in beiden Beinen hätten deutlich zugenommen, was in letzter Zeit nicht nur durch die lumbospondylogenen Symptome und durch die Polyneuropathie diabetischer Genese, sondern insbesondere auch durch die periphere arterielle Verschlusskrankheit bedingt sei. Durch den hinkenden Gang und die Fehlbelastung des linken Fusses sei es zu vermehrten Schmerzen in beiden Beinen und im Rücken gekommen (Urk. 10/99).

2.3.3 Gestützt auf seine kardiologische Abklärung vom 8. Februar 2006 stellte Dr. D. \_\_\_\_ folgende Diagnosen:

- Hypertensive Herzkrankheit mit
- konzentrisch hypertrophem linkem Ventrikel /Relaxationsstörung
- aktuell hypertensiver Entgleisung
- Metabolisches Syndrom mit
- Dyslipidämie, Diabetes mellitus und arterieller Hypertonie
- Peripher arterielle Verschlusskrankheit mit
- Status nach PTA einer verschlossenen A. poplitea rechts
- Status nach PTA mehrerer hochgradiger Stenosen femoro-popliteal links
- Status nach PTA/Stentimplantation bei Rezidivstenosen links
- aktuell Stadium II b
- Diabetes mellitus, unter OAD
- ungenügend eingestellt

Gemäss Beurteilung von Dr. D. \_\_\_\_ ist es bei der Beschwerdeführerin, welche unter einem metabolischen Syndrom leide, zu rezidivierenden thorakalen Beschwerden anlässlich hypertensiver Entgleisungen gekommen. Aufgrund von hypertonen Blutdruckwerten bis 200 mmHg systolisch habe kein Arbeitsversuch durchgeführt werden können, so dass initial eine blutdrucksenkende Medikation etabliert worden sei. Echokardiographisch zeige sich das Bild einer hypertensiven Herzkrankheit mit einem konzentrisch hypertrophem linken Ventrikel sowie einer Relaxationsstörung.

Aufgrund des ausgeprägten Risikoprofils werde nach Etablierung der antihypertensiven Medikation ein Stresstest durchgeführt (Urk. 10/134).

2.3.4.2 Gemäss Aktenbeurteilung von Dr. F. \_\_\_\_ des Regionalen Ärztlichen Dienstes vom 23. Februar 2006 ist gestützt auf den Bericht von Dr. D. \_\_\_\_ zwar das Vorliegen

einer koronaren Herzkrankheit ausgewiesen, welche aber therapierbar sei und in Art, Schwere und Dauer insgesamt zu keiner weiteren Verschlechterung des invalidisierenden Gesundheitsschadens führe (Urk. 10/137).

### 3.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1.1 Wie schon im Urteil vom 25. Juni 2004 im Verfahren IV.2003.00444 dargelegt, sind die im Vergleich zu 2001 neu angeführten Diagnosen im Bericht von Dr. C. \_\_\_ vom 19. Mai 2005 (Urk. 10/93) - welcher mit dem im damaligen Verfahren eingereichten Bericht vom 26. Mai 2003 (Urk. 10/55) im Wesentlichen übereinstimmt - nämlich die Nephropathie, die arterielle Hypertonie, die gemischte Dyslipidämie sowie die normochrom-normocytäre Anämie gemäss deren Beurteilung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Auch hinsichtlich der Pyelonephritis kann auf die entsprechenden Ausführungen im vorne zitierten Urteil verwiesen werden (Urk. 10/86 S. 6 f.). Des Weiteren liegen aufgrund der aktuellen medizinischen Aktenlage keine hinreichenden Hinweise für eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands in Bezug auf die weichteilrheumatischen Beschwerden und die Degenerationen im Wirbelsäulenbereich vor.

3.1.1.1.1.1.1 Neu diagnostizierte Leiden bilden die peripher arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) mit aktuellem Stadium II b sowie die hypertensive Herzkrankheit. Ausserdem ordnete Dr. D. \_\_\_ die Dyslipidämie, den Diabetes mellitus sowie die arterielle Hypertonie der Diagnose eines bis anhin nicht festgestellten metabolischen Syndroms zu (Urk. 10/134).

3.1.1.1.1.1.1.1 In diesem Zusammenhang stellte sich die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Stellungnahme ihres regionalärztlichen Dienstes vom 23. Februar 2006 (Urk. 10/137) im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, die Herzerkrankung sei therapierbar und weise in Art, Schwere und Dauer keine weitere Verschlechterung des Gesundheitsschadens aus (Urk. 2 S. 3). Diese Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin lässt sich gestützt auf die momentane medizinische Aktenlage nicht bestätigen. Der Beurteilung von Dr. F. \_\_\_ des regionalärztlichen Dienstes vom 23. Februar 2006 (Urk. 10/137) ist keine Begründung für seine oben wiedergegebene Annahme zu entnehmen. Insbesondere unterliess es Dr. F. \_\_\_, sich mit den von Dr. D. \_\_\_ erhobenen Befunden auseinanderzusetzen und seine Beurteilung schlüssig nachvollziehbar zu begründen.

3.1.1.1.1.1.1.1.1 Dr. D. \_\_\_ seinerseits äusserte sich in seinem Bericht zur kardiologischen Abklärung vom 8. Februar 2006 nicht zur Frage der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Doch lässt seine Beurteilung mit dem Hinweis auf das ausgeprägte Risikoprofil der Beschwerdeführerin, angesichts dessen nach Etablierung der antihypertensiven Medikation ein Stresstest zu erfolgen habe, und der Feststellung, dass aufgrund der hypertonen Blutdruckwerte bis 200 mmHg systolisch kein Arbeitsversuch habe durchgeführt werden können (Urk. 10/134), nicht darauf schliessen, dass Dr. D. \_\_\_ der koronaren Herzkrankheit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Auch scheint er der Polymorbidität mit dem metabolischen Syndrom, der PAVK und des ungenügend eingestellten Diabetes mellitus wesentliches Gewicht beizumessen. Dr. C. \_\_\_ sprach sich am 30. Mai 2005 ausserdem dafür aus, dass die PAVK wesentlichen Anteil an der von ihr in diesem Bericht erstmals erwähnten Schmerzzunahme in beiden Beinen hat (Urk. 10/99).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin lassen die Akten aber nicht zu. Die Beschwerdegegnerin wird insbesondere im Zusammenhang mit der koronaren Herzkrankheit ergänzende Abklärungen, sinnvollerweise bei Dr. D. \_\_\_\_, bei welchem engmaschige Nachkontrollen geplant waren (vgl. Urk. 10/134 S. 2 unten), in die Wege zu leiten haben. Dabei wird zu klären sein, ob, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt die Beschwerdeführerin aus kardiologischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Angesichts des breiten Spektrums diagnostizierter Leiden wird es ausserdem unumgänglich sein, eine Gesamtbeurteilung der sich aus den einzelnen Gesundheitsbeschwerden ergebenden Einschränkungen vornehmen zu lassen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Sache ist folglich an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden medizinischen Abklärung zurückerzugeben und die Beschwerde ist in diesem Sinn gutzuheissen.

#### **E. 4**

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.