

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00654 vom 30. Mai 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-05-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00654

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00654 du 30 mai 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00654 del 30 maggio 2007

Erwägungen

E. 1

1.1. Die Invalidität ist nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), in Kraft seit dem 1. Januar 2003, die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit; sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in der ab dem 1. Januar 2003 in Kraft stehenden Fassung die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG).

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab dem 1. Januar 2004 gültigen Fassung haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig geworden ist (lit. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen war (lit. b).

Für die Beurteilung von Rechtsfragen, denen medizinische Sachverhalte zugrunde liegen, ist das Gericht auf Angaben und Unterlagen von medizinischen Fachpersonen, namentlich von Ärztinnen und Ärzten, angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist nach höchstgerichtlicher Praxis entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a).

E. 2.1

2.1.1. Was die organischen Befunde des Bewegungsapparates anbelangt, so hatte Dr. B. im Juli 2002 eine leichte Fehlform der Wirbelsäule festgestellt, hatte die Wirbelsäule jedoch als relativ gut beweglich beschrieben, und auf den Röntgenaufnahmen der Hals- und der Brustwirbelsäule aus dem Jahr 2000, welche die Beschwerdeführerin mitgebracht hatte, hatte Dr. B. keine wesentlichen degenerativen Veränderungen erkennen können. Ebenso wenig hatte Dr. B. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Neurokompression finden können (vgl. Urk. 7/14 S. 14-15).

Bei den weiteren Abklärungen von Ende 2003 ergaben die neuen Bildaufnahmen der Halswirbelsäule eine gering- bis mässiggradige Osteochondrose im Bereich C4-7 mit Akzentuierung im Segment C5/C6 und dortiger deutlicher anteriorer Spondylose bei ansonsten regelrechten osteoartikulären Verhältnissen (Urk. 7/14 S. 10). Das Röntgenbild der Brustwirbelsäule zeigte ebenfalls eine mehrsegmentäre, als leichtgradig bezeichnete Osteochondrose, und auch hier wurden die osteoartikulären Verhältnisse im übrigen als regelrecht bezeichnet (Urk. 7/14 S. 11). Eine Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule schliesslich ergab Zeichen einer mässiggradigen Diskopathie im Segment L5/S1 mit einer Diskusprotrusion, jedoch ohne eigentliche Diskushernie und wiederum ohne Neurokompression, und Dr. B. ___ fand die Wirbelsäule immer noch praktisch durchgehend frei beweglich. Des Weiteren brachte eine Übersichtsdarstellung des Beckens beginnende degenerative Veränderungen an den beiden Hüftgelenken zu Tage. Schliesslich beschrieb Dr. B. ___ eine zeitweise aufgetretene Karpaltunnelsymptomatik als zurückgebildet auf das konsequente nächtliche Tragen einer Handgelenkmanschette hin (vgl. Urk. 7/14 S. 13).

2.1.2 In der nachfolgenden Zeit ab Anfang 2004 stellten die medizinischen Fachpersonen, welche die Beschwerdeführerin untersuchten und behandelten, keine zusätzlichen, andersartigen organischen Befunde im Bereich der Wirbelsäule, der Hüftgelenke und der Hände fest. Die Klinik G. ___ ging in ihren Berichten über den Rehabilitationsaufenthalt der Beschwerdeführerin vom Mai/Juni 2004 von den nennlichen organischen Veränderungen aus (vgl. Urk. 7/16 S. 6, S. 9 und S. 11), und die Schilderungen dieser Veränderungen in den Berichten von Dr. A. ___, Dr. E. ___ und Dr. D. ___ vom März und vom April 2005 sind ebenfalls damit vergleichbar (vgl. Urk. 7/14 S. 5, Urk. 7/15 S. 1, Urk. 7/16 S. 1).

Auch Dr. med. O. ___, Spezialarzt für physikalische Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, der die Beschwerdeführerin im Dezember 2004 im Auftrag des Taggeldversicherers X. ___ begutachtete (Gutachten vom 6. Dezember 2004, Urk. 22/2; aus Prozess Nr. KK.2005.00028), machte im Wesentlichen die gleichen Feststellungen wie bereits Dr. B. ___. Dabei beurteilte er die schon beschriebenen degenerativen Veränderungen in der Wirbelsäule als geringgradig und altersentsprechend (Urk. 22/2 S. 6 und S. 7), und neurologische Auffälligkeiten konnte auch er - abgesehen von Anzeichen für ein beidseitiges Karpaltunnelsyndrom (vgl. Urk. 22/2 S. 4 f.) - wiederum nicht feststellen (vgl. Urk. 22/2 S. 6). Zu den gleichen Ergebnissen gelangte schliesslich Dr. H. ___ anlässlich der Begutachtung vom September 2005; insbesondere fiel bei ihr die Untersuchung der peripheren und zentralen Nerven normal aus, und Symptome eines Karpaltunnelsyndroms fehlten nunmehr (Urk. 7/29 S. 3).

E. 2.2

2.2.1 Währenddem nach dem Gesagten die organischen Befunde als solche in den medizinischen Unterlagen im Wesentlichen einheitlich beschrieben werden, herrschen Diskrepanzen hinsichtlich der einschränkenden Auswirkungen dieser Befunde.

2.2.2 So legte Dr. E. ___ in einem Zeugnis vom 31. Januar 2005 an die X. ___ dar, dass die Schmerzen der Beschwerdeführerin mit den radiologischen Veränderungen bei der bestehenden bilateralen breitbasigen Diskushernie lumbosakral hinreichend erklärt werden könnten und dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, die eindeutig auf die rücksituation zurückzuführen sei, währenddem der psychische Zustand der

Beschwerdeführerin mit depressiver Entwicklung reaktiv, aufgrund der therapieresistenten Schmerzsymptomatik beeinträchtigt sei, ohne dass er jedoch die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (Urk. 7/14 S. 16-17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieser Beurteilung, die nicht näher begründet ist, widersprechen indessen die detaillierteren, mit präzisen Argumenten untermauerten Einschätzungen der übrigen rheumatologischen Fachpersonen. So hatte Dr. B. ___ schon in ihrem ersten Bericht vom Juli 2002 festgehalten, dass die geklagten Schmerzen nicht von den - geringfügigen - degenerativen Veränderungen herrührten, sondern dass es sich dabei um weichteilrheumatisch-muskuläre Beschwerden handle (Urk. 7/14 S. 15). In ihrem weiteren Bericht vom November 2003 hielt Dr. B. ___ die Schmerzen nach wie vor für muskulär bedingt und machte dafür weniger die festgestellten radiologischen Befunde als vielmehr die leichte Fehlform der Wirbelsäule sowie die fehlende körperliche Ausgleichsbetätigung bei der vorwiegend sitzenden Tätigkeit der Beschwerdeführerin verantwortlich. Sie schrieb den Beschwerden jedoch keinen invalidisierenden Charakter zu, und machte insbesondere darauf aufmerksam, dass ihr deutliche sogenannte Waddell-Zeichen als Indizien für einen nichtorganischen Hintergrund von Schmerzen (vgl. Debrunner, Orthopädie/Orthopädische Chirurgie, 4. Auflage, Bern 2002, S. 851) aufgefallen seien (vgl. Urk. 7/14 S. 12-13). Auf derartige positive Waddell-Zeichen wies im Dezember 2004 auch Dr. O. ___ wieder hin (vgl. Urk. 22/2 S. 4), nachdem im Juni 2004 bereits die Fachpersonen der Klinik G. ___ eine gewisse Symptomausweitung beobachtet hatten (vgl. Urk. 7/16 S. 6). Sowohl Dr. O. ___ als auch - im September 2005 - Dr. H. ___ konnten sodann keine eindeutigen Insertionstendopathien, Myogelosen oder Tendomyosen feststellen (vgl. Urk. 22/2 S. 4, Urk. 7/29 S. 2), und beiden rheumatologischen Gutachtenspersonen fiel auf, dass die Druckschmerzen, welche die Beschwerdeführerin schilderte, einen diffusen, wechselnden und inkonstanten Charakter hätten und teilweise erst mit Verspätung angegeben würden (vgl. Urk. 22/2 S. 4, Urk. 7/29 S. 3). Dementsprechend gelangten sowohl Dr. O. ___ als auch Dr. H. ___ in Übereinstimmung mit Dr. B. ___ zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht nicht wesentlich in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei (Urk. 22/2 S. 8, Urk. 7/29 S. 3 f.). Dabei betonte Dr. O. ___, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von einer psychischen Problematik herrühre, die er als schwere Depression mit Beteiligung des Bewegungsapparates einstufte (vgl. Urk. 22/2 S. 7 f.), währenddem Dr. H. ___ die Beurteilung einer allfälligen psychischen Problematik in das Gebiet einer psychiatrischen Fachperson verwies und nur festhielt, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht für eine leichte, nicht monotone, abwechslungsreiche Arbeit mit Sitzen und Stehen sowie ohne das Tragen und Heben von Lasten mindestens zu 80 % arbeitsfähig sei und dass sie rheumatologischerseits weiterhin ganztags in ihrem Beruf arbeiten könne und im Rahmen von 3 x 20 Minuten Pause Positionswechsel sowie leichtere Turnübungen mit Dehnungen durchführen könne (Urk. 7/29 S. 3 f.).

2.2.3.3 Ä In rheumatologischer Hinsicht vermögen somit die einhelligen, klar begründeten Beurteilungen von Dr. B. ___, Dr. O. ___ und Dr. H. ___ die Sichtweise von Dr. E. ___ zu widerlegen. Eine von körperlichen Befunden herrührende wesentliche Einschränkung der Beschwerdeführerin in ihrem angestammten Beruf ist damit auf jeden Fall noch vor Ablauf eines Jahres (vgl. Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG) ab der Einstellung der Arbeitstätigkeit im Januar 2004 aufgrund des Arbeitsunfähigkeitsattestes von Dr.

D.____ (vgl. Urk. 7/16 S. 1-4; vgl. auch Urk. 7/11 S. 1 und S. 2) nicht mehr vorhanden. Insoweit ist der Ansicht der Beschwerdegegnerin zuzustimmen.

E. 2.3

2.3.1.1. Was den psychischen Gesundheitszustand anbelangt, so stimmen die Angaben in den medizinischen Unterlagen darin überein, dass bei der Beschwerdeführerin eine depressive Symptomatik besteht. Diese Symptomatik geht offenbar bereits auf die Zeit vor der Arbeitseinstellung vom Januar 2004 zurück, denn Dr. F.____ führte in seinem Bericht zuhanden der X.____ vom 20. Juni 2004 (Urk. 22/1; aus Prozess Nr. KK.2005.00028) aus, die Beschwerdeführerin leide seit dem Tod ihres Bruders im Jahr 1994 an depressiven Zuständen und sie stehe bei ihm schon seit dem 14. Januar 2003 in Behandlung. Im Bericht vom 4. März 2005 (Urk. 7/12) legte Dr. F.____ dann dar, dass sich die depressive Entwicklung als Folge der seit Ende 2003 chronischen Rückenbeschwerden fortgesetzt habe, und vergleichbare Aussagen finden sich im Zeugnis von Dr. E.____ vom 31. Januar 2005 (Urk. 7/14 S. 16) und im Bericht von Dr. A.____ im Bericht vom 14. März 2005 (Urk. 7/14 S. 6). Das Vorliegen eines depressiven Zustandsbildes fiel des Weiteren auch Dr. D.____ (vgl. Urk. 7/16 S. 1 und S. 2), den Ärzten der Klinik G.____ (vgl. Urk. 7/16 S. 6 f., S. 9 und S. 11) und vor allem wiederum Dr. O.____ auf (Urk. 22/2 S. 4 und S. 7). Dr. K.____ stellte in seinem Gutachten vom 5. Januar 2006 sodann die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Code F45.4 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10), die mit depressiven und ängstlichen Störungen einhergehe (Urk. 7/32 S. 12 und S. 14), und Dr. M.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. September 2006 eine mittelgradige bis schwergradige depressive Störung (ICD-10 Code F32.11 und F32.2; Urk. 11/1 S. 2). Die Klinik N.____ schliesslich bestätigte im Austrittsbericht vom 19. Februar 2007 sowohl die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode von Dr. M.____ als auch - im Sinne eines Verdachts - die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung von Dr. K.____ (Urk. 17 S. 1 und S. 2).

2.3.2. Ist somit das Vorhandensein einer psychischen Beeinträchtigung als solches unbestritten, so bestehen auch hier Diskrepanzen zum Ausmass der dadurch bewirkten Einschränkungen.

Währenddem sich Dr. F.____ im Bericht vom 4. März 2005 (Urk. 7/12) zur Arbeitsfähigkeit rein aus psychiatrischer Sicht nicht äusserte und er die Beschwerdeführerin gemäss seinen Angaben gegenüber der X.____ seit April 2004 auch gar nicht mehr gesehen hatte (vgl. Urk. 22/1), so vertrat Dr. K.____ im Gutachten vom Januar 2006 die Auffassung, die Beschwerdeführerin zeige aggravatorisches Verhalten (Urk. 7/32 S. 11 und S. 13), und erachtete sie aus psychiatrischer Sicht als höchstens zu 20 % eingeschränkt in ihrer Leistungsfähigkeit (vgl. Urk. 7/32 S. 14). Demgegenüber attestierte Dr. M.____, der die Behandlung im Februar 2005 aufgenommen hatte (vgl. Urk. 7/32 S. 13), der Beschwerdeführerin im Bericht vom September 2006 eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 75 % (Urk. 11/1 S. 2). Dabei ist, wie Dr. M.____ in diesem Bericht zu Recht kritisierte, tatsächlich auffallend, dass Dr. K.____ wenig auf die depressive Symptomatik einging, welche den früher mit der Beschwerdeführerin befassten medizinischen Fachpersonen immer wieder aufgefallen war. Das Gutachten von Dr. K.____ lässt damit eine eigentliche psychiatrische Anamnese vermissen; der Gutachter unterliess es zum einen, Rücksprache mit Dr. F.____ zu nehmen, dessen Ausführungen im Bericht vom 4. März 2005 er lediglich ohne weitere Kommentierung zusammenfasste

(vgl. Urk. 7/32 S. 3), und holte zum andern auch keine Informationen von Dr. M. ___ ein, sondern konstatierte lediglich, dass ein Bericht dieses behandelnden Psychiaters in den Akten nicht vorhanden sei (vgl. Urk. 7/32 S. 14). Das Gutachten von Dr. K. ___ erscheint damit - auch angesichts dessen, dass die Ärzte der Klinik N. ___ später keine Aggravation, sondern im Gegenteil eine gute Kooperation der Beschwerdeführerin schilderten (vgl. Urk. 17 S. 2) - nicht als ausreichende Basis für eine zuverlässige Beurteilung der Auswirkungen der psychischen Problematik auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

Es ist daher unumgänglich, dass die Beschwerdegegnerin ein neues psychiatrisches Gutachten einholt, das im Sinne der vorstehenden Darlegungen eine ausreichende psychiatrische Anamnese enthält, sich mit den Beurteilungen in den Vorakten auseinandersetzt und auch Stellungnahmen der - früher und gegenwärtig - behandelnden psychiatrischen Fachpersonen bezieht.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Juni 2006 ist demnach aufzuheben, und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen durchführe und anschliessend über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfähre.

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten, die ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

In Anwendung dieser Kriterien rechtfertigt es sich, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 950.00 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Verfahren für die unterliegende Beschwerdegegnerin kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.00 bis Fr. 1'000.00) ermessensweise auf Fr. 700.00 festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Juni 2006 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese die erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen durchführe und anschliessend über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfähre.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.00 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 950.00 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hanspeter Zraggen unter Beilage je einer Kopie von Urk. 22/1 und Urk. 22/2

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 22/1 und Urk. 22/2

- Bundesamt für Sozialversicherungen

- Vorsorgeeinrichtung Y.____

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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