

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00728 vom 22. November 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-11-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.00728](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00728)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00728 du 22 novembre 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00728 del 22 novembre 2007

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin, welche in ihrem Heimatland keine Ausbildung absolviert hatte, 1981 von Bosnien in die Schweiz eingereist ist, sich verheiratete und in den Jahren 1982, 1986 und 1991 drei Söhne gebar (Urk. 9/5/1-3). Die Ehe wurde mit Scheidungsurteil vom 24. Februar 1993 aufgelöst, die Kinder unter die elterliche Gewalt der Beschwerdeführerin gestellt, und es wurden ihr Kinderunterhaltsbeiträge zugesprochen (Urk. 9/6). Die Beschwerdeführerin war von 1981 bis zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch ihre letzte Arbeitgeberin per Ende Juli 2005 (Urk. 9/8) in verschiedensten Anstellungsverhältnissen tätig, unterbrochen von Perioden der Arbeitslosigkeit (Urk. 9/7).

3.2 Im Oktober 2004 klagte sie über Beschwerden im Oberbauch und war wegen derartiger Schmerzen mit Ausstrahlung in die linke Flanke und Herzgegend, gelegentlich begleitet von Dyspnoe, Schwitzen, Schwindel, Brechreiz und Thoraxschmerzen bei unauffälligen Untersuchungsbefunden (EKG, Labor, Thoraxröntgen) mehrmals im Notfall des G. ambulant behandelt worden. Im Rahmen der Hospitalisation vom 17. bis zum 22. Februar 2005 wurden weitere Untersuchungen wie eine obere Panendoskopie sowie eine Computertomographie des Oberbauches durchgeführt, welche ebenfalls ohne Befund blieben. Ein Ligamentum arcuatum-Syndrom (atemabhängige Kompression des Truncus coeliacus durch das Ligamentum arcuatum) konnte duplexsonographisch ebenfalls ausgeschlossen werden. Im Austrittsbericht des G. vom 6. April 2005 (Urk. 9/9/7) findet sich die Hauptdiagnose einer reaktiven depressiven Entwicklung, zur Zeit mittelgradige Episode, mit aktuell intermittierenden Oberbauchschmerzen, wahrscheinlich psychosomatischer Genese, der Verdacht auf eine generalisierte Angststörung und eine psychosoziale Belastung (Arbeitsplatz). Es wurde ein psychiatrisches Konsilium im F. vorgeschlagen, welches Folgendes ergab (Urk. 9/9/10-11): Dr. E. diagnostizierte am 23. Februar 2005 eine reaktive depressive Entwicklung, zur Zeit mittelgradige Episode (ICD-10: F32.1), den Verdacht auf ein generalisiertes Angstsyndrom (ICD-10: F41.1), DD (differentialdiagnostisch): somatoforme autonome Funktionsstörung ("Herzneurose"), eine psychosoziale Belastung (Arbeitsplatz; ICD-10: Z56) sowie somatisch den Status nach chronisch erosiver Duodenitis (Entzündung des Zwölffingerdarmes) im Oktober 2004. Die Ärztin führte aus, dass die Beschwerdeführerin unter einer reaktiven depressiven Entwicklung, zur Zeit mittelgradig, und unter Symptomen einer generalisierten Angststörung mit rezidivierenden Panikattacken und Hyperventilationszuständen leide. Differentialdiagnostisch sei an eine somatoforme autonome Funktionsstörung zu denken. Im Hintergrund stehe eine zunehmende Erschöpfung durch die langjährige

anspruchsvolle Aufgabe als allein erziehende Mutter von drei Söhnen und das Ausüben einer 100%igen Berufstätigkeit. Am jetzigen Arbeitsplatz sei es zudem zu Auseinandersetzungen mit der Chefin gekommen, welche die Beschwerdeführerin sehr gekränkt hätten und was ihr eine Rückkehr an den Arbeitsplatz als unmöglich erscheinen lasse. In diesem Zusammenhang würden auch existenzielle Ängste auftreten. Zudem werde sie durch nicht verarbeitete schmerzhaft Erinnerungen im Zusammenhang mit ihrer Ehescheidung und einer Abtreibung geplagt. Die Beschwerdeführerin sei für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung motiviert, diese sei durch Dr. L. \_\_\_\_, einen kroatisch sprechenden Psychiater, eingeleitet worden. Integriert sollte eine psychopharmakologische (antidepressive und anxiolytische) Behandlung stattfinden. Bei Scheitern der Behandlungsbemühungen im ambulanten Setting wurde eine stationäre Einweisung auf die Angst- und Depressionsstation empfohlen. Die Beschwerdeführerin ziehe aktuell eine ambulante Behandlung vor, sie habe sich eine Haushalthilfe aus Kroatien in die Schweiz geholt. Weil ein Rezidiv der erosiven Duodenitis aktuell nicht ausgeschlossen werde, wurde eine weitere sorgfältige somatische Betreuung weiterempfohlen.

3.3.3.3 Offenbar besserten sich die Beschwerden trotz umfassender Abklärung und in die Wege geleiteter Behandlung nicht, sodass weitere Untersuchungen vorgenommen wurden. Aus dem Bericht des Rheumatologen Dr. I. \_\_\_\_, vom 20. Oktober 2005 geht hervor (Urk. 9/9/6), dass dieser ein Impingementsyndrom in der linken Schulter, welches seit Juni 2005 Schmerzen verursachen würde, und eine Adipositas diagnostizierte. Er anerkannte indessen eine leichte Besserung und verordnete eine aktive Physiotherapie und das Erlernen eines Heimprogramms zur Kräftigung. Die Beurteilung der Röntgenaufnahmen der linken Schulter 2004 (Schwedenstatus) führte ihn zur Überzeugung, dass keine wesentlichen pathologischen Befunde vorgelegen hätten, insbesondere kein subacromialer Kalkherd. Der Gynäkologe Dr. J. \_\_\_\_, stellte am 4. November 2005 (Urk. 9/9/5) Ovarialcysten rechts, ultraschallmässig benigne (gutartig) fest. Die angegebenen Oberbauchschmerzen konnte er dadurch nicht erklären. Allenfalls bedürfte es einer weiteren Abklärung. Beim Gastroenterologen Dr. K. \_\_\_\_, wurden alsdann umfangreiche Abklärungen vorgenommen. Er hielt am 11. November 2005 zu den von der Beschwerdeführerin als epigastrische Schmerzen geklagten Beschwerden fest (Urk. 9/9/3-4), aufgrund der Anamnese und der Untersuchungsbefunde dürfte es sich am ehesten um funktionelle Oberbauchbeschwerden handeln. Eine peptische oder neoplastische Läsion konnte er im oberen Gastrointestinaltrakt ausschliessen. Es wurde eine Behandlung mit anderen Medikamenten empfohlen.

#### **E. 3.4**

3.3.4 Dr. D. \_\_\_\_, stellte in seinem Arztbericht vom 19. Dezember 2005 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/9/1-2) die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer reaktiven depressiven Entwicklung, den Verdacht auf eine generalisierte Angststörung, eine psychosoziale Belastung sowie ein cervicobrachiales Syndrom. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben die rezidivierenden Bauchbeschwerden (wahrscheinlich psychosomatisch bedingt). Er erachtete den Gesundheitszustand als sich verschlechternd. Eine Umschulung würde seiner Ansicht nach nichts bringen und von der Beschwerdeführerin als Quälerei verstanden. Die Prognose sei infaust und der Beschwerdeführerin sei keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar (Urk. 9/9/2).

3.5. Dr. L. diagnostizierte aus psychiatrischer Sicht am 28. Dezember 2005 eine seit dem 12. Januar 2001 bestehende somatoforme Schmerzstörung mit erheblicher depressiver Komponente bei vorhandener Störung aus dem rheumatologischen Bereich sowie psychosomatische Beschwerden des Verdauungstraktes mit zum Teil vorhandenem organischem Substrat (erosive Duodenitis). Er führte aus, der Gesundheitszustand sei stationär. Dr. L. erachtete die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als schwierig. Er habe sich bei Dr. I. nach der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung erkundigt, aber keine Aussage darüber erhalten. Dr. K. schätze die organische Komponente der Arbeitsunfähigkeit auf 30 %. Er selber schätze die gesamte Arbeitsunfähigkeit (aus organischem und psychiatrischem Gesamtblick) auf 60 % bis 65 %. Er führte abschliessend aus, dass eine interdisziplinäre Begutachtung mehr Klarheit bringen könnte. Er erachtete die Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeiten ca. acht bis zehn Stunden pro Woche ab sofort als arbeitsfähig (Urk. 9/10).

3.6. Am 23. Dezember 2005 hielt Dr. K. an der bereits im G. festgestellten Diagnose fest. Bezüglich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verwies er auf den Hausarzt. Er erachtete den Gesundheitszustand als besserungsfähig und die Arbeitsfähigkeit durch eine Psychotherapie als verbesserbar (Urk. 9/13).

3.7. Dr. L. führte in seinem Schreiben zu Händen der Rechtsvertreterin vom 16. August 2006 (Urk. 3/7) aus, der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin sei seit dem Bericht vom 28. Dezember 2005 unverändert geblieben. Seine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit sei weiterhin aktuell und zwar bedingt durch den gesundheitlichen Zustand. Eine Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nur aus psychiatrischer Sicht sei nicht möglich. Er habe eine interdisziplinäre Begutachtung empfohlen, d.h. internistisch-psychiatrisch (psychosomatische Beschwerden hätten sowohl organische als auch psychiatrische Komponenten).

#### 4. Dr. L. Dr. K.

4.1. Aus den medizinischen Beurteilungen erhellt, dass bei der Beschwerdeführerin - mit Ausnahme der zu beobachtenden remittierten erosiven Duodenitis - trotz umfangreichen und umfassenden Untersuchungen kein somatisches Korrelat für die Beschwerden gefunden werden konnte. Mit der Beschwerdegegnerin ist demzufolge darauf zu halten, dass aus somatischer Sicht kein derart schwer wiegender Befund vorliegt, der eine Erwerbstätigkeit als unzumutbar erscheinen liesse (Urk. 2 S. 2). Diese Einschätzung deckt sich sodann auch mit den Ausführungen der Dres. med. D., med. I., med. J. und med. K., welche keine Arbeitsunfähigkeit aus (rein) somatischer Sicht festhalten. Es ist daher davon auszugehen, dass in somatischer Hinsicht der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Raumpflegerin und Hausangestellte mit Reinigen, Aufräumen der Zimmer, Staubsaugen, Bäumen und dem Nassaufnehmen der Böden (vgl. Urk. 9/8/1 und 4) weiterhin zumutbar wäre.

4.2. Es bleiben allein psychische Probleme, welche mit einer reaktiven depressiven Entwicklung, zur Zeit mittelgradige Episode, Verdacht auf ein generalisiertes Angstsyndrom, DD als somatoforme autonome Funktionsstörung und als psychosoziale Belastung charakterisiert wurden. Bei dieser Diagnose handelt es sich indessen nicht um eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Insbesondere klingt beispielsweise die diagnostizierte depressive Entwicklung mittleren Grades in der Regel nach einem halben bis einem Jahr ab (vgl. Urteil des Bundesgerichts in

Sachen A. vom 26. Januar 2007, I 510/06, Erw. 6.3). Es handelt sich daher nicht um eine dauerhafte psychische Belastung. Als Gründe für die psychischen Beschwerden werden vom F.\_\_\_\_ nachvollziehbar die seit Jahren bestehende Dauerbelastung als allein erziehende Mutter dreier Säuglinge mit gleichzeitiger 100%iger Berufstätigkeit, die Kränkung am Arbeitsplatz und die nicht verarbeitete Scheidung sowie eine Abtreibung geschildert. Es ist mithin ausgewiesen, dass bei der Beschwerdeführerin keine verselbständigte psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbstätigkeit vorliegt und daher nicht von Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG gesprochen werden kann. Vielmehr finden die erhobenen Befunde ihre hinreichende Erklärung in psychosozialen und soziokulturellen Umständen (vgl. AHI 2000 S. 153 Erw. 3). Vor diesem Hintergrund lässt sich nicht bemängeln, dass die Beschwerdegegnerin keinen dauerhaften schweren psychischen Gesundheitsschaden als ausgewiesen erachtete, welcher eine Erwerbstätigkeit als grundsätzlich unzumutbar erscheinen liesse, sie mithin das Präventionsprogramm im Zusammenhang mit den somatoformen Schmerzstörungen hier abgebrochen hat (vgl. Urk. 2 S. 2).

4.3. Selbst wenn sich eine verselbständigte psychische Störung herausgebildet hätte, welche sich auf die Arbeits- und Erwerbstätigkeit auswirken würde, kann von der Beschwerdeführerin bei geeigneter therapeutischer Behandlung, welche in der verordneten und angetretenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung besteht, willensmäßig erwartet werden, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen, nachdem kein Hinweis besteht, dass dem nicht so sein sollte, im Gegenteil. Insbesondere kann bei einem auf Oktober 2004 festgelegten Beschwerdebeginn nicht von einem mehrjährigen Krankheitsverlauf gesprochen werden. Alsdann schilderte Dr. L.\_\_\_\_ am 28. Dezember 2005 (Urk. 9/10) zwar einen sozialen Rückzug der Beschwerdeführerin aufgrund des plötzlichen Todes des langjährigen Lebenspartners im September 2005, indessen geht aus den Akten hervor, dass sie sich rund ein Vierteljahr später erneut verheiratet hat (Auszug aus dem Eheregister vom 20. Januar 2006, Urk. 9/12). Auch die Beschäftigung einer Haushaltshilfe (Urk. 9/11/11) lässt nicht auf einen sozialen Rückzug schliessen. Zudem geht aus der Beurteilung des F.\_\_\_\_ hervor, dass die Beschwerdeführerin für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung motiviert war (Urk. 9/9/11) und diese Behandlung offenbar immer noch durchgeführt wird (vgl. Urk. 3/7), mithin nicht von einem Scheitern der Behandlung gesprochen werden kann.

4.4. Insgesamt ist der Sachverhalt genügend klar ausgewiesen, für Weiterungen, wie sie die Beschwerdeführerin vorschlägt (vgl. Urk. 1 S. 2 und Urk. 9/26), besteht daher kein Anlass. Nachdem Dr. L.\_\_\_\_ am 16. August 2006 (Urk. 3/7) weiterhin an seiner Einschätzung vom 28. Dezember 2005 festhält, welche bereits damals die Diagnose des F.\_\_\_\_ bestätigte, vermag der Einwand der Beschwerdeführerin, die Beurteilung des F.\_\_\_\_ sei veraltet (Urk. 9/26), auch nicht zu überzeugen.

4.5. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

5. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Winterthur-ARAG Rechtsschutzversicherungs-Gesellschaft
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit 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.