

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00278 vom 26. August 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-08-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00278

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00278 du 26 août 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00278 del 26 agosto 2008

Erwägungen

E. 2

2.1. Der Beschwerdeführer macht geltend, die Verwaltung habe ihm am 29. Dezember 2006 einen Vorbescheid zugesandt. Dagegen habe er am 15. Januar 2007 schriftlich Einwände erhoben. In der Folge habe die Verwaltung, ohne Vorladung des Versicherten zu einem Gespräch, die nunmehr angefochtene Verfügung erlassen. Dadurch sei das rechtliche Gehör des Versicherten verletzt worden, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und an die Verwaltung zurückzuweisen sei (Urk. 9 S. 2-3).

2.2. Nach dem klaren Wortlaut von Art 73 ter Abs. 2 IVV, wonach die versicherte Person ihre Einwände schriftlich oder mündlich bei der IV-Stelle vorbringen kann und ständiger Praxis, ist durch die Möglichkeit, schriftliche Einwände vorzubringen, der Anspruch auf rechtliches Gehör gewahrt.

3. Die IV-Stelle hielt fest, dass sie beim Hausarzt des Versicherten, Dr. med. B. ____, im Spital E. ____, und bei Dr. med. C. ____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, je einen Arztbericht eingeholt habe. Aus versicherungsmedizinischer Sicht würden die erhobenen Befunde nicht das Ausmass eines Gesundheitsschadens im Sinne der Invalidenversicherung erreichen (Urk. 2). In der Beschwerdeantwort verweist die IV-Stelle sodann auf die ausführliche Würdigung des regionalärztlichen Dienstes (RAD) vom 20. Dezember 2006 (Urk. 17).

Dagegen macht der Beschwerdeführer geltend, dass in den Ausführungen des RAD vor allem auf die lumbalen Diskushernien L4/5 links und L5/S1 Bezug genommen werde. Nur in einem Nebensatz werde auch die den Versicherten betreffende HWS-Problematik gestreift, indem ausgeführt werde, es bestehe ein Status nach alter Distorsion. Die Sache verhalte sich aber anders. So sei im MRI-Bericht vom 16. Dezember 2005 festgehalten worden, dass die Bandscheibe C5/6 leicht verschmälert sei. Ausgehend von dieser Bandscheibe liege eine mediolaterale, rechtsseitige Diskushernie vor mit leichter Kompression ventraler Anteil C6 rechts und leichter diskogener Einengung im Foramen intravertebrale C5/6. Es habe zwar in der darauffolgenden neurologischen Abklärung vom 31. Januar 2006 eine radikuläre Komponente ausgeschlossen werden können, doch sei gleichzeitig in jener Untersuchung ein cervicospodylogenes Syndrom beidseits, rechts betont, festgehalten worden. Damit sei erstellt, dass die Beurteilung des RAD zu kurz greife. Unrichtig erscheine insbesondere die Annahme, es lägen auf rheumatologischem Fachgebiet lediglich altersentsprechende Degenerationen und zudem nur im Bereich der LWS vor. Aktenwidrig sei zudem die Annahme, die depressive reaktive Stimmung sei durch entsprechende Medikation behandelbar in dem Sinne, dass danach eine

Beschwerdefreiheit eintreten würde. Vielmehr zeige der bisherige Behandlungsverlauf, dass es gerade auf dieser Ebene bislang nicht gelungen sei, eine Besserung der Situation zu erzielen. Ebenfalls unrichtig sei auch die Einschätzung des RAD, diesen Fall analog einer somatoformen Schmerzstörung abzuhandeln. Es würden eindeutig somatische Befunde vorliegen, welche die Beschwerden des Beschwerdeführers mindestens zum Teil zu erklären vermöchten. Die Frage, ob hier ausnahmsweise eine Unüberwindlichkeit der Schmerzverarbeitungsstörungen vorliege, habe sich im Rahmen der getroffenen medizinischen Massnahmen gar nie gestellt. Dr. med. C. ____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, habe eine depressive reaktive Störung diagnostiziert, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9 S. 3-4). Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, dass sich ein Treppensturz vom 1. Oktober 2006 mit anschliessender Hospitalisation im Regionalspital D. ____, als neue Tatsache erweise. Aus dem Austrittsbericht des Spitals E. ____, würde sich ergeben, dass dieser Treppensturz offenbar wegen plötzlich einschliessender Schmerzen erfolgt sei. Beide Beine hätten nachgelassen und der Beschwerdeführer sei auf dem Rücken die Treppe hinunter gestürzt. Diese Vorkommnisse würden erhellen, dass die Schmerzproblematik keineswegs bagatellicher Natur sei. Im Bericht des Spitals E. ____, vom 24. Juli 2006 werde festgehalten, die Kraft im rechten Bein sei schmerzbedingt für alle Bewegungen im Seitenvergleich gemindert. Ebenfalls sei ein Lasègue rechts positiv bei 20 Grad aufgefallen. Im Bericht vom 13. Juni 2007 werde dieser Befund bestätigt, neuerdings sogar beidseits. Es würde mithin ein verschlechternder Verlauf vorliegen (Urk. 24 S. 3).

E. 4

4.1 Im Bericht des Spitals E. ____, vom 25. Oktober 2005 wird folgende Diagnose gestellt (Urk. 18/12 S. 43): Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts, Diskushernie L4/5 links und L5/S1 ohne Hinweis für Nervenwurzelkompression bei mässiggradiger Spondylarthrose L4-S1 (MRI LWS). Weiter wird im Bericht festgehalten, dass klinisch eine Druckdolenz paravertebral auf Höhe L4/5, eine diffuse Gefühlsminderung im ganzen rechten Bein sowie eine subjektive Schwäche vorgelegen sei, die jedoch nicht objektiviert werden können. Im MRI hätten sich Nachweise kleiner Diskusprotrusionen L4/5 und L5/S1 ohne Hinweis für Spinalnervenkompression gezeigt.

4.2 Im Bericht des Rehabilitationszentrums der F. ____, vom 22. November 2005 werden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 18/12 S. 36): Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom seit Jahren (M54.5), aktuell: akutes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts nach Beuge-Rotationsbewegung 9.10.2005, mässiggradige Spondylarthrose L4/5 und L5/S1. Keine Hinweise für eine ossäre Pathologie, MRI 12.10.2005: flache Diskusprotrusion L4/5 links paramedian und L5/S1 median ohne Hinweise für Komprimierung von Spinalnerven, klinisch klare Hinweise auf Symptomausweitung (3/5 positive Waddel-Zeichen) mit/bei: erkennbare Selbstlimitierung. Weiter wird im Bericht festgehalten, dass eine flache Diskusprotrusion L4/5 links paramedian und L5/S1 median ohne Hinweise für eine Kompression von Spinalnerven vorbeschrieben sei. Insgesamt seien sie aber der Ansicht, dass die starken, kaum beeinflussbaren, bisher therapierefrakten Schmerzen und die Symptompräsentation während und ausserhalb der Therapie für eine Symptomausweitung beziehungsweise eine somatoforme Schmerzkomponente sprechen würden. Sie würden daher dringend die weitere psychotherapeutische Begleitung im ambulanten Rahmen, um eine erweiterte

psychische Stabilisierung zu erzielen, empfehlen.

4.3. Im Bericht des Stadtsitals G. vom 5. Dezember 2005 werden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 18/12 S. 30): Chronisches panvertebrales Syndrom, aktuell: subakutes lumbospondylogenes Syndrom rechts, mÄssiggradiges Spondylarthrose L4/5 und L5/S1, MRI extern vom 12.10.2005: flache Diskusprotrusion L4/5 links paramedian und L5/S1 ohne Nervenwurzelkompression, Verdacht auf SchmerzverarbeitungsstÄrung (Waddell 5/5 positiv). Weiter wird festgehalten, dass aufgrund der Untersuchungsbefunde sowie der grossen Diskrepanz zwischen den hÄchstens leichtgradigen pathologisch radiologischen VerÄnderungen (degenerativ) und den angegebenen Beschwerden, eine aus rheumatologischer Sicht 100%ige ArbeitsfÄhigkeit fÄr eine geeignete Arbeit bestehe.

4.4. AnÄsslich der Magnetresonanztomographie (MRI) durch das MRI Zentrum H. AG vom 16. Dezember 2005 wurde festgehalten, dass ausgehend von der Bandscheibe C5/6 eine mediolaterale, rechtsseitige Diskushernie vorliege, zudem eine leichte Kompression ventraler Anteil C6 rechts und leichte diskogene Einengung im Foramen intravertebrale C5/6. Dies wÄrde zu folgender Beurteilung fÄhren: Breitbasige mediolaterale Diskushernie rechts C5/6 mit leichter C6-Kompression (Urk. 18/12 S. 15-16). Dr. med. I., SpezialÄrztin FMH fÄr Neurologie, hÄlt in ihrem Arztbericht vom 31. Januar 2006 (Urk. 18/12 S. 11) unter dem Titel ÄBeurteilungÄ denn auch fest, dass ein cervicospondylogenes Syndrom beidseits rechtsbetont vorliegen wÄrde. Im MRI der HWS habe sich die Diagnose einer rechtsseitigen mediolateralen Diskushernie C5/6 mit leichter C6-Kompromittierung rechts ergeben.

4.5. Im Bericht vom Spital E. vom 1. April 2006 (Urk. 18/15 S. 10) wird nebst den bereits bekannten folgende Diagnose aufgefÄhrt: SchmerzverarbeitungsstÄrung und reaktiv-depressive StÄrung. Sodann wird festgehalten, dass Anamnese und stationÄre Klinik stark auf eine psychosomatische StÄrung im Sinne einer Schmerzausweitung respektive SchmerzverarbeitungsstÄrung hindeuten wÄrden. Auch Dr. B. hÄlt in seinem Arztbericht vom 24. April 2006 (Urk. 18/12 S. 1) die Diagnose Schmerzverarbeitung, depressive Entwicklung fest. Weiter fÄhrt er aus, dass der Patient psychisch einen angeschlagenen Eindruck zeige. Aufgrund der Gesamtbeurteilung sei nach seiner Meinung eine Arbeit dem Patienten zur Zeit kaum zumutbar. Die Prognose schein ungÄnstig zu sein. Ob aus medizinischer Sicht eine berufliche Umstellung zu prÄfen sei, sei unklar. Eventuell sei dem Patienten eine halbtÄgige behinderungsangepasste TÄtigkeit zumutbar. Im Arztbericht von Dr. C. vom 8. August 2006 (Urk. 18/17 S. 1-6) werden dieselben Diagnosen gestellt und es wird zudem festgehalten, dass es empfehlenswert wÄre, den Patienten aufgrund der vorhandenen und angegebenen RÄckenschmerzen vertrauensÄrztlich untersuchen zu lassen, bevor man sich zur Zumutbarkeit einer ErwerbstÄtigkeit Äussere.

4.6. Dr. med. J. vom RAD fÄhrt in seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2006 (Urk. 18/22 S. 3) aus, dass die Befunde auf rheumatologischem Fachgebiet altersentsprechende Degenerationen im Bereich der LWS aufweisen wÄrden (mÄssiggradige Spondylarthrose L4/S1, Diskushernie L4/5 links, L5/S1 ohne Nervenwurzelkompression, welche an sich keine dauerhafte Limitierung der ArbeitsfÄhigkeit rechtfertigen wÄrden. Auf psychiatrischem Fachgebiet sei anhand der vorliegenden Befunde und Diagnosen (depressive reaktive StÄrung mit somatischem Syndrom, SchmerzverarbeitungsstÄrung) keine psychiatrische Krankheit ausgewiesen,

welche im Sinne einer unabänderlichen Dauerhaftigkeit nach therapierefraktärem Verlauf IV-relevant sein könnte. Die depressive reaktive Störung sei durch entsprechende Medikation, nötigenfalls unter stationärer Überwachung behandelbar und bezüglich der diagnostizierten Schmerzverarbeitungsstörung seien keine psychischen Komorbiditäten erheblicher Schwere ersichtlich. Kriterien für eine ausnahmsweise Unberwindlichkeit der Schmerzverarbeitungsstörung würden nicht vorliegen. Weitere Abklärungen seien derzeit angesichts der vorliegenden und medizinisch plausiblen Befunden nicht erforderlich.

5.1.1.1.1.1

5.1.1.1.1.1 Aufgrund übereinstimmender Diagnosen ist erstellt, dass der Beschwerdeführer ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts sowie eine Diskushernie L4/5 links und L5/S1 ohne Hinweis für Nervenwurzelkompression bei mäßiggradiger Spondylarthrose L4-S1 aufweist (Urk. 18/12 S. 43, 18/12 S. 36, 18/12 S. 30). Sodann wird übereinstimmend festgestellt, dass klinisch klare Hinweise auf Symptomausweitung respektive eine Schmerzverarbeitungsstörung vorliegen (Urk. 18/12 S. 36, 18/12 S. 30, 18/12 S. 11, 18/15 S. 10, 18/17). Zudem diagnostizierte Dr. I. zum ersten Mal ein cervicospondylogenes Syndrom beidseits (Urk. 18/12 S. 11). Ferner ist erstellt, dass der Beschwerdeführer adipös ist (Urk. 18/12 S. 30, 18/12 S. 1)

1.1.1.1.1.1 Entscheidend und strittig ist die Frage, ob aus diesen Beschwerden eine Arbeitsunfähigkeit resultiert. Die IV-Stelle verweist in ihrer Beschwerdeantwort vom 9. Juli 2007 (Urk. 17) auf die Würdigung des RAD vom 20. Dezember 2006 (Urk. 18/22 S. 3). Darin wird festgehalten, dass die Befunde auf rheumatologischem Fachgebiet an sich keine Limitierung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen würden. Auf psychiatrischem Fachgebiet sei keine psychiatrische Erkrankung ausgewiesen, welche im Sinne einer unabänderlichen Dauerhaftigkeit nach therapierefraktärem Verlauf IV-relevant sein könnte. Auch der Bericht des Stadtsitals G. vom 5. Dezember 2005 (Urk. 18/12 S. 30) attestiert dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für eine geeignete Arbeit. Dr. I. äussert sich in ihrem Bericht vom 31. Januar 2006 nicht zur Arbeitsfähigkeit. Dr. B. hält hingegen in seinem Arztbericht vom 24. April 2006 (Urk. 18/12 S. 1) fest, dass aufgrund der Gesamtbeurteilung dem Patienten seiner Meinung nach kaum eine Arbeit zumutbar sei. Eventuell sei ihm eine halbtagige behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar. Dr. med. K., Chefarzt Medizin im Spital E., geht in seinem Schreiben vom 13. Juni 2006 an die IV-Stelle davon aus, dass sich die Arbeitsfähigkeit vor allem nach den psychiatrischen Befunden richten dürfte (Urk. 18/15 S. 5). Dr. C. hält in seinem Bericht vom 8. August 2006 (Urk. 18/17) wiederum fest, dass man den Patienten, bevor man sich zur Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit äussere, vertrauensärztlich aufgrund der vorhandenen und angegebenen Rückenschmerzen untersuche.

1.1.1.1.1.1 Angesichts dieser teilweise widersprüchlichen Angaben und der unklaren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist der Sachverhalt in somatischer und psychischer Hinsicht medizinisch nicht rechtsgenügend abgeklärt. Insbesondere unklar ist, ob der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

5.2.1.1.1 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich

(psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

5.3.3.3. Ob die diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung mangels psychischen Komorbiditäten erheblicher Schwere - wie dies der RAD geltend macht (Urk. 18/22 S. 3) - beziehungsweise ob die von der Rechtsprechung umschriebenen Kriterien, die die Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess begründen würden, vorhanden sind, kann gestützt auf die vorliegenden Akten ebenfalls nicht beurteilt werden. Eine abschliessende und rechtskonforme Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und somit des Invaliditätsgrades ist nicht möglich. Notwendig ist eine kombinierte rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung, welche sich mit sämtlichen somatischen und psychischen Aspekten des vorliegenden Falles auseinandersetzt. Das Gutachten sollte vorab zu der Frage Stellung nehmen, ob beim Beschwerdeführer ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert oder allenfalls Simulation vorliegt. Sollte ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliegen, würde sich die Frage stellen, ob ein solcher mit der geeigneten Medikation behandelt werden könnte.

Demnach ist die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, welche gestützt auf die Ergebnisse der Aktenenergänzung über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden haben wird.

E. 6

6.1.1. Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, 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 ermessensweise auf Fr. 700.- anzusetzen.

6.2. Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 17. Juli 2007 (Urk. 22) die unentgeltliche Prozessführung gewährt und in der Person von Rechtsanwalt Michael Ausfeld ein unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt. Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze, nach Einsicht in die Honorarnote vom 19. August 2008, in der ein Aufwand von 11.25 Stunden und Fr. 76.- Barauslagen geltend gemacht werden (Urk. 33), was angemessen erscheint, sowie der Berücksichtigung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.--, ist dem Vertreter des Beschwerdeführers eine Prozessentschädigung von Fr. 2'502.80 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (§ 28 GSVGer in Verbindung mit § 89 Abs. 1 der Zivilprozessordnung; ZPO).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 13. Februar 2007 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfährt.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Vertreter des Beschwerdeführers eine Prozessentschädigung von Fr. 2'502.80 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.