

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00342 vom 19. August 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-08-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00342](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00342)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00342 du 19 août 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00342 del 19 agosto 2008

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin machte im Hauptstandpunkt geltend, dass das durchgeführte Vorbescheidverfahren nicht den gesetzlichen Vorgaben entspreche, weil vor Erlass der angefochtenen Verfügung mit ihr keine persönliche Besprechung stattgefunden habe, obschon sie Einwände erhoben habe. Daher sei die angefochtene Verfügung wegen Verletzung des rechtlichen Gehörs aufzuheben und die Sache zur Durchführung eines korrekten Vorbescheidverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 Ziff. 4 S. 5 f.).

2.2 Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, dass der klare Wortlaut von Art. 57a IVG keine mündliche Eröffnung der Vorbescheide vorsehe. Dasselbe ergebe sich auch aus dem Verweis auf das ATSG hinsichtlich des rechtlichen Gehörs, welches nie von einer persönlichen Eröffnung der Entscheide ausgehe. Die Wiedereinführung des Vorbescheidverfahrens habe lediglich die Wahrung des rechtlichen Gehörs sicherstellen wollen. Auch das hiesige Gericht gehe davon aus, dass der Vorbescheid nicht vorgängig mündlich zu erörtern sei, sondern, wenn gewünscht, nach dessen Erlass. Ein Gespräch habe die Beschwerdeführerin jedoch nicht verlangt (Urk. 7 S. 2).

3. Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt des Verfahrens, welches der angefochtenen Verfügung voranging (Urk. 8/1-28), die Beschwerdegegnerin um ein persönliches Gespräch ersuchte. Vielmehr beschränkte sie ihren Einwand vom 28. September 2006 (Urk. 8/22) auf die ungenügende rheumatologische Abklärung und erhob diesen schriftlich. Ausserdem vermochte sie ihren Einwand insgesamt auch adäquat vorzutragen. Die Beschwerdeführerin ihrerseits prägte den erhobenen Einwand und nahm dazu in der Verfügung vom 30. Januar 2007 eingehend Stellung (Urk. 8/28 S. 2).

4. Nach dem eingangs Gesagten (Erw. 1.1) und unter den gegebenen Umständen ist eine Verletzung des rechtlichen Gehörs nicht dargetan. Auch ist nicht davon auszugehen, dass das Ziel der richtigen Sachverhaltserhebung vorliegend mittels persönlicher Anhörung besser verfolgt worden wäre. Offen bleiben kann, ob die Beschwerdeführerin - im Sinne der vom Gesetzgeber beabsichtigten Erhellung der Akzeptanz der Entscheide - nach Durchführung eines persönlichen Gesprächs auf die Beschwerdeerhebung verzichtet hätte.

5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Vorbescheidverfahren in formeller Hinsicht korrekt durchgeführt wurde und dass die Beschwerde in diesem Punkt unbegründet ist.

#### 4.1.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 30. Januar 2007 erging und sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt vor diesem Zeitpunkt ereignete, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

4.2.1.1.1.1.1.1 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 konnte; 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).

1.1.1.1.1.1.1 Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 127 V 299 Erw. 5 unter Hinweis auf die Rechtsprechung präzisierend festgehalten hat, versichert Art. 4 Abs. 1 IVG (seit 1. Januar 2003: in Verbindung mit Art. 8 ATSG) zu Erwerbsunfähigkeit führende Gesundheitsschäden, worunter soziokulturelle Umstände nicht zu begreifen sind. Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand.

Solche von soziokulturellen Belastungssituationen zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 299 Erw. 5a).

4.3 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).

Weder für die Verwaltung noch für das Gericht besteht ein Anlass, die Diagnose "Fibromyalgie" in Frage zu stellen, auch wenn diese in der Ärzteschaft umstritten ist. Die Fibromyalgie weist zahlreiche mit den somatoformen Schmerzstörungen gemeinsame Aspekte auf, sodass es sich beim aktuellen Kenntnisstand aus juristischer Sicht rechtfertigt, die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer Fibromyalgie analog anzuwenden (BGE 132 V 65 Erw. 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 Auskünfte 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausschlaggebend ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 mit Hinweisen). Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (BGE 125 V 351 E. 3b S. 353 mit Hinweisen).

## E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Im Eventualstandpunkt machte die Beschwerdeführerin geltend, dass der medizinische Sachverhalt aus orthopädischer und rheumatologischer Sicht ungenügend abgeklärt sei. Insbesondere seien die nicht für die Zwecke der Beschwerdegegnerin erstatteten Arztberichte nur bedingt brauchbar. Es fehlten Berichte der behandelnden Ärzte, und die Fachgebiete von Dr. A. und des RAD-Arztes Dr. Z. seien nicht aktenkundig (Urk. 1 Ziff. 7 S. 8 f.). Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der fachärztlichen Einschätzung von Dr. D., welche mit der vertrauensärztlichen Einschätzung zu Händen des Krankenversicherers übereinstimme, von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen (Urk. 1 Ziff. 7 S. 9 f.).

5.2 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin vertrat die Auffassung, dass der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt sei. Aus den Akten gehe keine schwere psychiatrische Diagnose hervor, sondern die Situation sei aufgrund psychosozialer Probleme angespannt. Zur Fibromyalgie sei festzuhalten, dass weder ein schweres eigenständiges Leiden noch ein sozialer Rückzug vorliege, noch seien die therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft, weshalb die gemäss Rechtsprechung für das Vorliegen eines sozialversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens erforderlichen Kriterien nicht erfüllt seien (Urk. 7 Ziff. 5 S. 2 f.).

## E. 6

6.1 Ä Ä Ä Ä Am 8. Juni 2005 diagnostizierte der Vertrauensarzt des Krankenversicherers der Beschwerdeführerin, Dr. med. A., eine akute depressive Reaktion mit Somatisierung, bei vorbestehenden multiplen rezidivierenden Gelenkschmerzen links mehr als rechts und ging von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus (Urk. 8/10/8 = Urk. 8/15/7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin habe ausgeführt, dass sie vor zwei Jahren wegen Schmerzen in der linken Schulter und im Arm, welche medikamentös und mit

Physiotherapie behandelt worden seien, während drei Wochen arbeitsunfähig gewesen sei. Am 13. Mai 2005 sei es wegen einer Kleinigkeit zu einer Abmahnung durch ihre Chefin gekommen, welche ihr auch angekündigt habe, dass ihr Arbeitsvertrag von einem Pensum von 85 % auf 55 % herabgesetzt statt, wie in Aussicht gestellt, auf ein volles Pensum heraufgesetzt werde. Daraufhin habe sie in der Nacht nicht schlafen können, sie habe nur noch gezittert und geweint, und auch ihre linksseitigen Schmerzen hätten sich stark intensiviert. Am darauffolgenden Tag habe der Hausarzt sie krankgeschrieben. Seither denke sie die ganze Zeit über ihre Situation nach, sie sei durch das Verhalten ihrer Chefin enttäuscht und bis ins Innerste getroffen. Zurzeit leide sie an Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen und steten Schmerzen vom Nacken links bis ins Knie (Urk. 8/10/7).

Dr. A. erachtete es als möglich, dass nach Klärung der Situation am Arbeitsplatz eine baldige Genesung eintreten könnte. Die Beschwerdeführerin strebe dann eine Vollbeschäftigung an (Urk. 8/10/9).

Mit Arztzeugnis vom 12. September 2005 zu Händen des Krankenversicherers diagnostizierte Dr. med. B., Praktischer Arzt, ein chronisch rezidivierendes vertebrogenes Syndrom und eine Depression und attestierte der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 14. Mai 2005 (Urk. 8/15/15).

Mit Bericht vom 12. Januar 2006 zu Händen des Krankenversicherers diagnostizierte Dr. med. C., FMH für Rheumaerkrankungen, eine Fibromyalgie am ganzen Körper, welcher effektiv Krankheitswert zukomme (Urk. 8/15/12). Mittelfristig bleibe die Beschwerdeführerin auch in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/15/13).

Am 21. Februar 2006 diagnostizierte Dr. A. eine sich aufhellende Depression und eine Fibromyalgie mit zahlreichen Schmerzpunkten der Skelettmuskulatur (Urk. 8/15/3).

Die Beschwerdeführerin klage weiterhin über wechselhafte Schmerzen in beiden Schultern, Armen und den Händen, vorwiegend in den Gelenken, ebenso in den Hüften, Oberschenkeln und gelegentlich im Kreuz. Eine akute Schmerzverstärkung finde bei Kalte statt. Ihr Schlaf sei regelmässig gestört, sie quäle sich mit Fragen, wieso gerade sie und ihr Mann von Krankheiten betroffen und arbeitsunfähig seien. Durch das Rückenleiden ihres Mannes sei ihr Eheleben völlig zum Erliegen gekommen, was zu zusätzlichen Spannungen führe. Aufgrund der Kündigung ihrer alten Arbeitsstelle habe sie zusätzlich einen gewissen Rückhalt verloren. Sie sei bereit, einer leichten Arbeit ohne wesentliche körperliche Belastung zu 50 % nachzugehen (Urk. 8/15/2).

Dr. A. führte aus, dass die Beschwerdeführerin ihm gegenüber der letzten Untersuchung wesentlich aufgehellt erscheine. Es beständen eine deutliche Schmerzempfindlichkeit der Arm- und grossen Beingelenke, einige fibromyalgietytische Druckpunkte im Schulter-, Arm- und Oberschenkelbereich sowie eine noch mässige depressive Grundstimmung. Anzeichen für Selbstlimitierung oder Aggravation beständen eher nicht, wobei er nach wie vor von einer Somatisierung unbewusster Konflikte ausgehe; es handle sich seiner Meinung nach um eine psychosomatische Erkrankung, welche auch im Zusammenhang mit der Rückenkrankheit des Mannes stehe.

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ In einer leidensangepassten, körperlich nur leichtestbelastenden Tätigkeit wie einer reinen Kontrolltätigkeit an einem Fließband, eventuell auch einer Tätigkeit an einer Kasse in einem Restaurant oder in der Bekleidungsindustrie, bestehe eine Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der schmerzbedingten Einschränkungen betrage diese 50 % und werde am besten in zwei Blöcken geleistet (Urk. 8/15/3-4).

6.5 ^ ^ ^ ^ Mit Bericht vom 1. April 2006 diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine seit Mai 2005 bestehende Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F 43.21) sowie eine seit Herbst 2005 bestehende Fibromyalgie (Urk. 8/3 lit. A) und verwies auf die von Dr. B. \_\_\_\_, festgestellte volle Arbeitsunfähigkeit seit Mai 2005 (Urk. 8/3 lit. B).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Die Beschwerdeführerin sei nach einem Zusammenstoss mit ihrer Vorgesetzten am 19. Mai 2005 völlig verzweifelt zu ihm gekommen. Sie habe sich zu Unrecht beschuldigt gefühlt und habe durch den Hausarzt voll krank geschrieben werden müssen. Sie habe auf ein anderes Arbeitsangebot gehofft, sei dann aber entlassen worden. Im Jahre 2003 sei ihr Mann verunfallt und in Kombination mit Diskopathiebeschwerden arbeitsunfähig geworden, eine Kündigung sei erfolgt und seine grossen Angstprobleme und Schmerzen hätten sich auf die Familie ausgewirkt. Eine zusätzliche Belastung sei durch ihren eigenen Arbeitsplatzverlust entstanden. Sie selber wie auch ihr Mann befänden sich hinsichtlich der Arbeitssituation in unheilbarer Lage, in finanzieller Enge und weigerten sich, Hilfe beim Sozialamt zu suchen. Ihre Stimmung sei zunehmend bedrückt und von Existenzängsten geprägt. Angesichts der sehr verworrenen und äusserst belastenden sozialen Situation seien die Zukunftsaussichten schlecht (Urk. 8/3/2-3).

6.6 ^ ^ ^ ^ Im Verlaufsbericht vom 7. September 2006 ging Dr. med. D. \_\_\_\_, bei unveränderter Diagnose von einem verschlechterten Gesundheitszustand aus. Der Medikamentenabusus ihres Ehemannes belaste die Beschwerdeführerin sehr. Sie habe inzwischen für einen Tag einen Arbeitsversuch in einem Hotel als Zimmermädchen unternommen, habe wegen ihrer Kraftlosigkeit und den Schmerzen in den Armen nachher aber zu Hause bleiben müssen. Die Beschwerden hätten ihren Angaben zufolge zugenommen (Urk. 8/17/1 Ziff. 1-3).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Im Beiblatt zum Verlaufsbericht führte Dr. D. \_\_\_\_, weiter aus, dass kein schweres psychiatrisches Krankheitsbild vorliege, sondern Auswirkungen einer depressiven Anlage und Belastungen einer Kindheit und Jugendzeit in einer nicht sehr einfachen Umgebung (serbisch Bosnien). Sie sei affektiv eindeutig depressiv gestimmt, klagte über Antriebslosigkeit, Schwächegefühle, andauernde Schmerzen im Bereiche der Extremitäten, vorwiegend in den Armen. Sie erwähne Existenzängste, da sie von ihrem Ersparten lebe und ihr Mann kaum je mehr werde arbeiten können. Sie leide offensichtlich unter der momentanen Ungewissheit und Perspektivlosigkeit ihres Zustandes; sie würde gerne arbeiten, doch eine Tätigkeit mit sehr eingeschränkter Belastung sei auf dem Arbeitsmarkt kaum zu finden. Massiv zugesetzt habe ihr die sehr fragliche Entlassung an ihrer Arbeitsstelle, die sie als vollkommen ungerecht empfunden habe. In dieser Situation könne auch die depressive Symptomatik ihrer Anpassungsstörung kaum in günstiger Weise behandelt werden; es müsste im psychosozialen Bereiche etwas verändert werden (Urk. 8/17/3-4).

7. ^ ^ ^ ^ ^ ^

7.1 Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass die Berichte von Dr. D. \_\_\_ vom 1. April und vom 7. September 2006 (Urk. 8/3, Urk. 8/17) für die Beantwortung der in psychischer Hinsicht gestellten Fragen umfassend sind. Die Berichte beruhen auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen und berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden. Insbesondere geben sie ausführlich die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen und ihr soziales Umfeld wieder. Weiter sind sie in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein, und die vorgenommenen Schlussfolgerungen sind ausführlich und nachvollziehbar begründet. Die Berichte von Dr. D. \_\_\_ genügen damit den an solche gestellten Anforderungen (vgl. vorstehend Erw. 4.4) vollumfänglich, weshalb darauf abzustellen ist.

Ergänzend sind die Berichte von Dr. A. \_\_\_ vom 8. Juni 2005 und 21. Februar 2006 (Urk. 8/10/7-9, Urk. 8/15/2-4) heranzuziehen, welche insbesondere das soziale Umfeld und die geklagten Beschwerden einlässlich schildern. Zwar bemerkte die Beschwerdeführerin zutreffend, dass den Berichten die Fachrichtung von Dr. A. \_\_\_ nicht zu entnehmen sei (Urk. 1 Ziff. 7 S. 9). Für die Darstellung der vorliegend besonders interessierenden sozialen Umstände ist dies jedoch nicht von Belang. Unerheblich ist nach dem eingangs Gesagten (vgl. vorstehend Erw. 4.4) entgegen dem weiteren Einwand der Beschwerdeführerin (Urk. 1 Ziff. 7 S. 8 f.) auch, dass nicht die Beschwerdegegnerin, sondern die Krankenversicherung der Beschwerdeführerin den Bericht veranlasste. Dass Dr. A. \_\_\_ schliesslich die Beschwerdeführerin in leidensangepasster Tätigkeit als zu 50 % arbeitsfähig erachtete, während Dr. D. \_\_\_ ihr eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte, begründet keinen Widerspruch, sondern erklärt sich durch den Umstand, dass die Beschwerdeführerin selber sich im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. A. \_\_\_ bereit erklärte, in diesem Umfang zu arbeiten (Urk. 8/15/2). Wie zu zeigen sein wird, ist die Frage ohnehin nicht von Belang, weil selbst unter Annahme einer vollen Arbeitsunfähigkeit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege (vgl. nachstehend Erw. 7.2-3).

In rheumatologischer Hinsicht ist auf den Bericht von Dr. C. \_\_\_ vom 12. Januar 2006 (Urk. 8/15/12-14) abzustellen. Zwar ist der Bericht kurz gefasst, wurde aber vom behandelnden Facharzt erstellt und gibt über die wesentlichen Fragen Auskunft. Angesichts der mit den psychiatrischen Berichten von Dr. D. \_\_\_ übereinstimmenden Diagnose einer Fibromyalgie und des Fehlens von Anhaltspunkten einer darüber hinausgehenden rheumatologischen Erkrankung erscheint die medizinisch-rheumatologische Situation als genügend abgeklärt. Unerheblich ist auch hier, dass nicht die Beschwerdegegnerin, sondern der Krankenversicherer den Bericht eingeholt hatte.

Zusammenfassend ergibt sich gestützt auf die Berichte von Dr. D. \_\_\_, Dr. C. \_\_\_ und Dr. A. \_\_\_, dass von den Diagnosen einer Fibromyalgie und einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen ist.

7.2 Was die Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion beziehungsweise die von Dr. A. \_\_\_ diagnostizierte «sich aufhellende Depression» betrifft, so ist nach dem eingangs Gesagten (vgl. vorstehend Erw. 4.2) zu prüfen, ob die daraus resultierende Erwerbsunfähigkeit bei der Aufbietung allen guten Willens abgewendet werden könnte und ob das klinische Beschwerdebild psychiatrische Befunde

umfasst, welche sich von den belastenden soziokulturellen Faktoren unterscheiden.

Dr. D. \_\_\_ und Dr. A. \_\_\_ beschrieben in ihren Berichten einlässlichlich verschiedene - die Beschwerdeführerin zweifellos stark belastende - psychosoziale Faktoren, wie die Krankenkündigung über die eigene Entlassung, die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit und der Medikamentenabusus des eine Invalidenrente beziehenden Ehemannes sowie die insgesamt angespannte finanzielle Situation der Familie. Dr. A. \_\_\_ hielt nach Klärung der Arbeitsplatzsituation eine baldige Genesung für möglich (vgl. vorstehend Erw. 6.1). Im Verlaufsbericht ging er von einer Somatisierung unbewusster Konflikte, einem Zusammenhang mit der Rückenerkrankung des Ehemannes und einer noch massig depressiven Grundstimmung der Beschwerdeführerin aus (vgl. vorstehend Erw. 6.4). Dr. D. \_\_\_ nannte als Befunde eine zunehmend bedrückte Stimmung und Existenzängste (vgl. vorstehend Erw. 6.5). Er hielt ausdrücklich fest, dass kein schweres psychiatrisches Krankheitsbild vorliege und verwies auf den Veränderungsbedarf im psychosozialen Bereich (vgl. vorstehend Erw. 6.6). Weitere, über die genannten Faktoren hinausgehende Befunde, welche das psychische Beschwerdebild zu erklären vermöchten, nannten sie nicht.

Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit, soweit sie sich aus der diagnostizierten Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, allenfalls aus einer Depression, herleitet, ihre hinreichende Erklärung in psychosozialen Faktoren findet. Angesichts des Fehlens eines schweren psychiatrischen Krankheitsbildes ist auch davon auszugehen, dass die daraus resultierende Erwerbsunfähigkeit überwindbar ist. Damit fehlt es an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden.

7.3 Was die diagnostizierte Fibromyalgie betrifft, so ist das Vorliegen zusätzlicher Umstände, welche ausnahmsweise die willentliche Schmerzüberwindung unzumutbar machen, zu prüfen (vgl. vorstehend Erw. 4.3).

Eine psychische Komorbidität erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer liegt nach dem soeben Gesagten (vgl. vorstehende Erw. 7.2) nicht vor. Auch die weiteren, bei Fehlen einer psychischen Komorbidität zu prüfenden Faktoren sind nicht gegeben. So wurde weder eine neben der Fibromyalgie bestehende eigenständige chronische körperliche Begleiterkrankung diagnostiziert noch liegt ein mehrjähriger chronifizierter Krankheitsverlauf vor. Anhaltspunkte für einen sozialen Rückzug bestehen nicht; im Gegenteil hat die Beschwerdeführerin unter anderem einen Arbeitsversuch als Zimmermädchen in einem Hotel unternommen, erledigt unter Mithilfe ihrer Familie den Haushalt, geht nachmittags häufig zu Bekannten auf Besuch, und besucht einmal pro Woche die Physiotherapie und die Gymnastik der Rheumaliga (Urk. 8/17/1 Ziff. 3, Urk. 8/17/4). Schliesslich ist auch nicht davon auszugehen, dass die Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind. Zwar hielt Dr. D. \_\_\_ im September 2006 eine intensivere Psychotherapie als die durchgeführten monatlichen Gespräche nicht für sinnvoll (Urk. 8/17/2), doch empfahl Dr. A. \_\_\_ im Februar 2006 noch eine spezifische Physiotherapie und Psychotherapie (Urk. 8/15/4). Weitere Therapien wurden soweit ersichtlich nicht durchgeführt, womit auch das Kriterium einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung nicht erfüllt ist.

Die Gesamtwürdigung der bei Fehlen einer psychischen Komorbidität zu beachtenden zusätzlichen Kriterien führt zum Schluss, dass keine



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