

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00194 vom 9. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00194

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00194 du 9 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00194 del 9 novembre 2009

Erwägungen

E. 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 bergangsrechtliche 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 sich der massgebende Sachverhalt vor Ende 2007 verwirklicht hat, 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.

1.2. Die massgebenden rechtlichen Bestimmungen, insbesondere betreffend den Rentenanspruch (Art. 28 IVG), die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG) und die Modalitäten der Rentenanpassung (Art. 88a Abs. 2 IVV), sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2/1 Verfägungsteil 2 S. 1). Darauf kann verwiesen werden.

1.3. 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).

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass der Beschwerdeführer nach Ablauf des Wartejahres ab Dezember 2005 ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein Jahreseinkommen von Fr. 70'050.-- erzielt hätte. Aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen bestehe eine Rest-Arbeitsfähigkeit von 50 % mit vermehrten Pausen, was die Erzielung eines Einkommens vom Fr. 23'363.-- ermögliche. Damit resultiere ein

Invaliditätsgrad von 67 %. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit in den zwölf dem Zeitpunkt des möglichen Rentenbeginns vorangegangenen Monaten habe 57 % betragen, weshalb während drei Monaten vorerst Anspruch auf eine halbe und ab März 2007 sodann Anspruch auf eine Dreiviertelrente bestehe (Urk. 2/1 Verfügungsteil 2 S. 2).

2.2. Der Beschwerdeführer machte geltend, die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht auf ein im Juni 2007 erstelltes polydisziplinäres Gutachten abgestellt (Urk. 1 S. 4 Ziff. 1.4). Die Beurteilung durch die langjährig behandelnden Ärzte habe gegenüber dem Gutachten einen erhöhten Beweiswert (Urk. 1 S. 4 Ziff. 2.1). Aus der Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 ergebe sich vorliegend die Unzumutbarkeit der willentlichen Überwindung der Hindernisse, welche der Arbeitsaufnahme entgegenständen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 2.2). Beim Invalideneinkommen sei ein Leidensabzug von 25 % vorzunehmen (Urk. 1 S. 6 Ziff. 2.3).

2.3. Strittig und zu präzisieren ist somit, auf welche der vorhandenen ärztlichen Beurteilungen abzustellen ist und wie es sich mit der verbleibenden Arbeitsfähigkeit und dem Invaliditätsgrad verhält.

E. 3

3.1. Der Beschwerdeführer zog sich am 23. Dezember 2004 bei einer Auffahrkollision eine Distorsion der Halswirbelsäule zu (vgl. Urk. 9/15/85 = Urk. 14/M2).

Der ihn behandelnde Dr. med. A., Innere Medizin FMH, attestierte in seinem Bericht vom 17. Februar 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem Unfalltag und eine solche von 50 % ab 9. Februar 2005 (Urk. 9/15/85 Ziff. 8-9). In seinem Bericht vom 2. Mai 2005 (Urk. 9/15/83 = Urk. 14/M4) führte er aus, vom 28. Februar bis 13. März 2005 habe keine Arbeitsunfähigkeit bestanden; seit 14. März 2005 betrage diese bis auf weiteres 50 % (Ziff. 4a-b). Dr. med. B., FMH Neurologie, untersuchte den Beschwerdeführer am 8. Juni 2005 und berichtete am 14. Juni 2005 (Urk. 9/15/79-80 = Urk. 14/M5), es zeigten sich noch residuelle Beschwerden im Bereich der Nacken-/Schulter- und Rückenmuskulatur (S. 2 Mitte).

Am 19. September 2005 erstatteten die Ärzte des Medizinischen Zentrums C. (C.) ein Gutachten im Auftrag des Unfallversicherers (Urk. 9/13/12-29 = Urk. 9/15/52-77 = Urk. 14/M6). Dieses basierte auf Untersuchungen vom 22. und 24. August 2005 (S. 1 Mitte) und führte zur Schlussfolgerung, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfskoch aus rheumatologischer Sicht aktuell unfallbedingt zu 50 % arbeitsunfähig sei (S. 16 oben).

Am 2. September 2005 zog sich der Beschwerdeführer bei einem weiteren Auffahrunfall wiederum eine HWS-Distorsion zu, die am Unfalltag im Spital D. behandelt wurde (Urk. 9/13/11; gleichen Inhalts, mit Datum vom 27. September 2005: Urk. 9/1/13 = Urk. 9/15/47 = Urk. 15/M1).

In Berichten vom 13. November 2005 (Urk. 9/15/42 = Urk. 15/M3/1) und 16. November 2005 (Urk. 9/15/43 = Urk. 15/M3/2) attestierte Dr. A. eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und empfahl eine psychiatrische Behandlung.

3.3. Dr. med. E., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 9. Januar 2006 über ihre Behandlung (Urk. 9/15/40-41 = Urk. 15/M4). Als Diagnosen nannte sie chronische starke Schmerzen im Hinterkopf-/Nackengebiet und eine Anpassungsstörung

im Sinne einer längeren depressiven Reaktion gemäss ICD-10 F 43.21 (Ziff. 4). Die Arbeitsunfähigkeit werde vom Hausarzt festgelegt (Ziff. 7).

Dr. med. F.____, FMH für Neurochirurgie, berichtete am 30. Januar 2006 (Urk. 9/15/34-35 = Urk. 9/18/10-11 = Urk. 15/M11/2 = Urk. 15/M7), am 6. Februar 2006 (Urk. 9/13/5-6 = Urk. 9/15/30-31 = Urk. 9/18/8-9 = Urk. 15/M11/1 = Urk. 15/M8) und am 1. März 2006 (Urk. 9/13/7) über die von ihm vorgenommenen Untersuchungen.

Nach einem Bericht vom 1. März 2006 (Urk. 9/15/36 = Urk. 15/M6) ohne Angaben zur Arbeitsfähigkeit attestierte Dr. A.____ in seinem Bericht vom 6. März 2006 (Urk. 9/13/1-4) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 2. September 2005 (lit. B).

In ihrem Bericht vom 14. April 2006 (Urk. 9/14) zuhanden der Beschwerdegegnerin nannte Dr. E.____ als psychiatrische Diagnose eine mittelgradige depressive Episode seit zirka Oktober 2005 (lit. A); die Arbeitsunfähigkeit werde vom Hausarzt festgelegt (lit. B). In ihrem Bericht, ebenfalls vom 14. April 2006, zuhanden des Unfallversicherers (Urk. 15/M10) nannte sie die gleiche Diagnose (Ziff. 4); die Arbeitsunfähigkeit betrage aus psychiatrischer Sicht 80 % (Ziff. 6).

In seinem Bericht vom 20. Mai 2006 (Urk. 9/18/6-7 = Urk. 15/M11) hielt Dr. A.____ den Stand am 16. Mai 2006 dahingehend fest, dass die Arbeitsunfähigkeit 100 % betrage und Schmerzen im Nacken und Schultergürtel anhielten (S. 2 oben).

Dr. med. G.____, Leitender Oberarzt Wirbelsäulen- und Rückenmarkschirurgie, Klinik H.____ berichtete am 23. August 2006 über seine Untersuchungen (Urk. 9/18/4-5 = Urk. 15/M16). Er führte aus, es beständen zwei voneinander unabhängige gesundheitliche Probleme, nämlich einerseits Nackenschmerzen, die höchstwahrscheinlich pseudoradikuläre Ausstrahlungen in den Kopf, die Schulter und den unteren Rückenbereich verursachten (S. 2 Ziff. 1), und andererseits eine Myelopathie in den unteren Extremitäten, die durch eine Myelomkompression auf der Höhe C5/6 ausgelöst sein könnte (S. 2 Ziff. 2).

Dr. G.____ nahm in seinem Bericht vom 23. November 2006 (Urk. 15/M15) Bezug auf die am 14. September 2006 erfolgte neurologische Abklärung (vgl. Urk. 15/M14) und empfahl ein operatives Vorgehen (S. 1 unten).

Dr. A.____ attestierte am 15. Dezember 2006 (Urk. 9/18/2 = Urk. 15/M13) - wie schon am 1. September 2006 (Urk. 9/18/3 = Urk. 15/M12) - weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

Am 25. April 2007 (Urk. 15/M18) und am 2. Juli 2007 (Urk. 15/M23) berichteten die Ärzte der Klinik H.____ über ihre Behandlung. Sie nannten als Diagnose ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom (S. 1 Mitte).

Am 15. Juni 2007 erstatteten die Ärzte des Schweizerischen Instituts I.____ (I.____) ein Gutachten zuhanden des Unfallversicherers (Urk. 15/M19 = Urk. 9/19/2-36). Dieses stützte sich auf die vorhandenen Akten (S. 3 ff.) sowie am 22. August 2006 und 29. März 2007 erfolgte Untersuchungen (vgl. S. 2).

Im Gutachten wurden folgende, hier leicht gekürzt angeführte, Diagnosen gestellt (S. 19):

rheumatologische Diagnosen:

- chronisches cervico-cephales und cervico-spondylogenes Schmerzsyndrom
- rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom

neurologische Diagnose:

- chronische posttraumatische Kopfschmerzen, cervikogen ausgelöst

psychiatrische Diagnose:

- leicht- bis mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F 32.01, F 32.11)

Bezogen auf die beiden Unfälle bestehe aus somatischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % als Hilfskoch (S. 29 Ziff. 6.1). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % für jedwede Tätigkeit. Für eine den Beschwerden ideal angepasste Tätigkeit bestehe aus neurologischer, rheumatologischer und psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (S. 30 oben). Eine ideal angepasste Tätigkeit sei wechselbelastend ohne lange Zwangshaltungen der Wirbelsäule oder Tätigkeiten auf Schulterhöhe oder darüber. Gewichtsbelastungen über 10 kg sollten vermieden werden. Eine vierstündige Arbeitstätigkeit sollte durch jeweils zwei 30minütige Pausen unterbrochen werden können (S. 30 Ziff. 6.2).

Berichten von Ärzten der Klinik H.____ vom 2. Juli 2007 (Urk. 15/M23), des Medizinischen Zentrums J.____ vom 21. August 2007 (Urk. 15/M20) und vom 8. Januar 2008 (Urk. 15/M24) sowie von Dr. med. K.____, Chirurgie FMH, vom 26. Februar 2008 (Urk. 15/M25) sind keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit zu entnehmen.

Dr. E.____ nannte in ihrem Bericht vom 27. Mai 2008 (Urk. 15/M26) als Diagnose nunmehr eine leichte depressive Episode bei chronischer Erkrankung gemäss ICD-10 F 32.0 (Ziff. 4), ohne Angaben zur Arbeitsfähigkeit zu machen.

Gemäss Feststellungsblatt für den Beschluss (Urk. 9/23) führte Dr. med. L.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, am 5. Juli 2007 aus, auf die Angaben im Gutachten zur Arbeitsfähigkeit könne abgestellt werden (S. 5 oben). Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin in der Folge von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in Hilfsarbeiten sowie einem Abzug vom statistischen Tabellenlohn von 20 % aus (S. 6 Mitte).

E. 4

4.1 Vorab ist darauf hinzuweisen, dass entgegen der Annahme des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4 Ziff. 2.1) den Berichten behandelnder Ärzte gegenüber einem Gutachten gerade kein höherer Beweiswert zukommt. Vielmehr würdigt das Gericht die vorhandenen Beweismittel grundsätzlich ohne Rücksicht auf ihre Herkunft (BGE 125 V 355 Erw. 3a). Immerhin trägt es der Erfahrungstatsache Rechnung, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc), was auch für die Berichte behandelnder Ärzte gilt, die eine vergleichbare Vertrauensstellung innehaben.

4.2 Das I.____-Gutachten erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend Erw. 1.3) vollumfänglich. Auch der Beschwerdeführer hat keinerlei Anhaltspunkte namhaft gemacht, aufgrund derer das Gutachten als solches als mangelhaft erscheinen

kÄ¶nnnte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das I.____-Gutachten ist somit als Entscheidungsgrundlage geeignet.

4.3Ä Ä Ä Ä GemÄ¶ss dem I.____-Gutachten, das auf Untersuchungen im August 2006 und MÄ¶rz 2007 basierte, besteht in der angestammten TÄ¶tigkeit aus somatischer Sicht eine ArbeitsunfÄ¶higkeit von 70 %, aus psychiatrischer Sicht eine solche von 40 % fÄ¶¼r jedwede TÄ¶tigkeit und aus ganzheitlicher Sicht eine solche von 50 % fÄ¶¼r eine den Beschwerden ideal angepasste TÄ¶tigkeit (vorstehend Erw. 3.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dem hielt der BeschwerdefÄ¶¼hrer die Beurteilung durch die langjÄ¶hrig behandelnden Ä¶rzte entgegen. Dies ist nur bedingt nachvollziehbar, Ä¶usserte sich doch der langjÄ¶hrig behandelnde Dr. A.____ stets lediglich zur ArbeitsfÄ¶higkeit in der angestammten TÄ¶tigkeit, nicht jedoch zu einer solchen in leidensangepasster TÄ¶tigkeit. Auch die vom BeschwerdefÄ¶¼hrer ausdrÄ¶cklich angefÄ¶¼hrte Angabe einer ArbeitsunfÄ¶higkeit von 80 % - die allerdings entgegen seinen AusfÄ¶¼hrungen nicht von Dr. med. M.____ (Urk. 1 S. 3 Ziff. 1.3), sondern im April 2006 von Dr. E.____ gemacht wurde (vgl. Urk. 12-13, Urk. 16) - vermag die gutachterliche EinschÄ¶tzung nicht in Zweifel zu ziehen. Dr. E.____ fÄ¶¼hrte in ihren Berichten immer wieder aus, die ArbeitsunfÄ¶higkeit werde vom Hausarzt festgelegt, und nahm nur ein einziges Mal eine eigene EinschÄ¶tzung vor. Soweit diese zurÄ¶ckhaltender ausgefallen ist als die psychiatrische Beurteilung im I.____-Gutachten, ist einerseits der Vertrauensstellung Rechnung zu tragen, welche der behandelnden Psychiaterin zweifellos zukommt, und andererseits dem Umstand, dass die Beurteilung im Gutachten jÄ¶üngeren Datums ist, womit die beiden EinschÄ¶tzungen nicht zum vorneherein als unvereinbar erscheinen. Schliesslich bezog sich auch Dr. E.____ auf die angestammte TÄ¶tigkeit, die fÄ¶¼r die InvaliditÄ¶tsbemessung nicht ausschlaggebend ist (und fÄ¶¼r welche auch im I.____-Gutachten - gesamthaft - eine EinschrÄ¶nkung von immerhin 70 % attestiert wurde), und Ä¶usserte sich nicht explizit zur ArbeitsfÄ¶higkeit in leidensangepasster TÄ¶tigkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die EinwÄ¶nde des BeschwerdefÄ¶¼hrers erweisen sich damit als nicht stichhaltig, so dass der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten ist, dass in leidensangepasster TÄ¶tigkeit eine ArbeitsfÄ¶higkeit von 50 % besteht.

4.4Ä Ä Ä Ä Zum Valideneinkommen, welches die Beschwerdegegnerin mit Fr. 70'050.-eingesetzt hat, hat sich der BeschwerdefÄ¶¼hrer nicht geÄ¶ussert. Nach Lage der Akten (vgl. Urk. 9/7-8, Urk. 9/12) ist dies denn auch nicht zu beanstanden, so dass vom genannten Betrag auszugehen ist.

4.5Ä Ä Ä Ä Zur Bestimmung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin auf TabellenlÄ¶¶hne abgestellt, was zu Recht unbeanstandet geblieben ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom so ermittelten Betrag von Fr. 29'204.-- hat sie einen Abzug von 20 % (Fr. 5'841.--) vorgenommen und das Invalideneinkommen mit Fr. 23'363.-- eingesetzt, womit ein InvaliditÄ¶tsgrad von 67 % resultierte.

Der BeschwerdefÄ¶¼hrer beantragt demgegenÄ¶¼ber einen Abzug von 25 % (Urk. 1 S. 6 Ziff. 2.3). WÄ¶¼rde ihm gefolgt, wÄ¶¼rde der Abzug Fr. 7'301.-- und das Invalideneinkommen Fr. 21'903.-- betragen. Im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 70'050.-- ergÄ¶be sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 48'147.-- und damit ein InvaliditÄ¶tsgrad von (aufgerundet) 69 %.

Eine Erhöhung des Abzugs von 20 % auf 25 % bliebe somit ohne Einfluss auf den resultierenden Rentenanspruch, so dass sich weitere Ausführungen erübrigen.

4.6 Die Beschwerdegegnerin hat in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG für die Monate Dezember 2005 bis Februar 2006 lediglich eine halbe Rente zugesprochen. Auch dazu hat sich der Beschwerdeführer nicht geäußert; die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene, das Wartejahr betreffende Berechnung (vgl. Urk. 9/23/6) erweist sich denn auch als korrekt und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass.

4.7 Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung in allen Aspekten zutreffend ist und die dagegen angeführten Einwände nicht stichhaltig sind.

Dementsprechend ist sie zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Bernhard Zollinger
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv 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).

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

6. 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.