

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00266 vom 25. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00266

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00266 du 25 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00266 del 25 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdeführerin hat die Bestimmungen und Grundsätze zu den Voraussetzungen und zum Umfang des Rentenanspruchs (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und zur Bemessung des Invaliditätsgrades (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) im angefochtenen Entscheid zutreffend dargelegt (Urk. 2 S. 1). Darauf wird, mit den nachfolgenden Ergänzungen, verwiesen.

1.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw.3.5, 117 V 199 Erw.3b, 113 V 275 Erw.1a mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw.5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw.2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw.3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C_562/2008, Erw.2.1).

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).

festgestellten Tremor noch dem Hemispasmus facialis wurde ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In rheumatologischer Hinsicht schilderten die Gutachter eine altersentsprechend unauffällige Halswirbelsäule (HWS), in der LWS stellten sich eine geringfügige Rotations skoliose mit Chondrose L4/5 und Spondylarthrosen dar. Am thorakolumbalen Übergang zeigten sich zudem leichtere Schmorl'sche Impressionen, Bandscheibenverkalkungen und angedeutete ventrale Wirbelhöhlenverschmälerungen sowie ein grosser Spondylophyt auf Höhe der Brustwirbelkörper 11/12. Eine neurokompressive Pathologie wurde bei den - insgesamt als nicht altersunüblich beschriebenen - leichten degenerativen Veränderungen verneint. Auch hätten durch die Untersuchung der HWS keine Kopfbeschwerden provoziert werden können, weshalb eine zervikale Pathologie ausgeschlossen wurde (S. 15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der psychiatrischen Untersuchung zeigte sich der Beschwerdeführer innerlich angespannt und leidend, wobei unterschwellig eine deutliche Verzweiflung spürbar wurde. Der Konsiliararzt führte aus, bei genauerem Nachfragen werde der Beschwerdeführer zunehmend aufbrausend und aggressiv, bis er später weinend in sich zusammenbräche und vor allem über seine Verzweiflung bezüglich Arbeitsverlust und vergebliche Arbeitssuche sowie den Verlust seiner Funktion als Familienoberhaupt berichte. Affektiv änden Bedrücktheit, Gefühle der Wertlosigkeit und Depressivität abwechselnd mit aggressiv angespannten Momenten im Vordergrund. Der Gutachter verneinte Störungen der kognitiven Fähigkeiten oder Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung. Die depressive Symptomatik entspreche einer mittelgradigen depressiven Episode, die in engem Zusammenhang mit der Arbeitslosigkeit und der Migrationsproblematik zu interpretieren sei. Gleichzeitig bestehe ein diffuses Schmerzsyndrom ohne ausreichende somatische Korrelate bei sozioökonomischer Belastungssituation im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Er empfahl eine psychotherapeutische und -pharmakologische Behandlung und rechnete mit einer Besserung des Zustandes in sechs bis 12 Monaten (S. 16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachter diagnostizierten zusammenfassend (1) eine mittelgradige depressive Episode mit psychosomatischen Belastungsfaktoren (Migrationsproblematik, Arbeitslosigkeit) bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung, (2) ein tendomyotisches zervikales Schmerzsyndrom, (3) erosive Heberden-Arthrosen Dig. II und III rechts sowie (4) eine asymptotische Chondrose und Spondylarthrose L4/5. Die weiteren Diagnosen (Hemispasmus facialis links, leichtes Karpaltunnelsyndrom, essentieller Tremor, metabolisches Syndrom, unklare Hepatopathie) beschrieben sie als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13.)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Arbeitsfähigkeit erachteten die Experten aufgrund der psychiatrischen Problematik und der leichten degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat global gesehen zu 50 % eingeschränkt, bestehend seit August 2003. Schwere Belastungen seien dabei zu vermeiden (S. 16 f.).

2.2 Ä Ä Ä Revisionsweise gingen folgende Berichte bei der Beschwerdegegnerin ein:

2.2.1 Ä Ä Dr. C. ___ bestätigte am 20. Januar 2007 (Urk. 9/43/3-5) einen stationären Zustand und führte aus, der Beschwerdeführer sei depressiv und inaktiv. Er fühle sich ungerecht behandelt und glaube nicht an eine Arbeitsfähigkeit. Bei jeder

Konsultation wÄ¼rden diverse Leiden geklagt, wenig sei objektivierbar. Er attestierte eine 50%igen ArbeitsunfÄ¼higkeit.

2.2.2Ä Å Dr. med. D.____, Neurologie FMH, vermutete am 27. Juli 2006 (Urk. 9/43/6-7) die myofasziale Problematik als Ursache fÄ¼r die Kopfschmerzen des BeschwerdefÄ¼hrers, wobei eine zusÄ¼tzliche endogene (vasomotorische) Kopfwehkomponente mÄ¼glich sei. Mit ziemlicher Sicherheit wÄ¼rden psychosoziale Faktoren zur Chronifizierung beitragen. Eine Begehrenshaltung kÄ¼nne beim BeschwerdefÄ¼hrer nicht ausgeschlossen werden. Er befand eine 50%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit als mÄ¼glich und fand keine sachlichen GrÄ¼nde fÄ¼r ein hÄ¼heres ArbeitsunfÄ¼higkeitsattest.

2.2.3Ä Å Psychotherapeut E.____, welcher den BeschwerdefÄ¼hrer seit dem 20. Februar 2006 betreut, diagnostizierte mit Bericht vom Juli 2006 sowie gleichlautendem vom 19. Januar 2007 (Urk. 9/43/8 und Urk. 9/45) eine anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung sowie eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Er hielt fest, trotz psychotherapeutischen BemÄ¼hungen wie VergangenheitsbewÄ¼ltigung, verhaltenstherapeutischen Massnahmen, autogenem Training, SchmerzbewÄ¼ltigung sei der BeschwerdefÄ¼hrer seinen somatischen und depressiven Symptomen ausgeliefert geblieben: Schmerz, Verlust der Freude, Schlaflosigkeit, Morgentief, mangelnde FÄ¼higkeit, auf freudige Ereignisse positiv zu reagieren, Verlust des Antriebs. Er stellte eine negative Prognose unter Hinweis auf eine Chronifizierung der Schmerzen und eine HÄ¼ufung der depressiven Episoden. Er empfahl eine "100% IV Rente" fÄ¼r den BeschwerdefÄ¼hrer.

2.2.4Ä Å Dr. B.____ verwies in seinem Gutachten vom 22. August 2007 (Urk. 9/50) auf das Fehlen von beruflichen IntegrationsbemÄ¼hungen oder solchen im Bereich der Verbesserung der Tagesstruktur seit der Berentung. Er fÄ¼hrte aus, die psychotherapeutische Betreuung durch den BeschwerdefÄ¼hrer sei vor einiger Zeit ebenfalls sistiert worden. Der BeschwerdefÄ¼hrer werde von seinem Hausarzt mit einem Psychopharmaka behandelt, welches allerdings keine grosse Wirkung erzeuge. Insgesamt wirke der BeschwerdefÄ¼hrer passiv, deconditioniert und bezÄ¼glich einer Verbesserung seiner persÄ¼nlichen und beruflichen Situation nicht motiviert. Im GesprÄ¼ch wirke er durchaus lebendig, sei jedoch angespannt und stimmungsmÄ¼ssig leicht vermindert. Im Vordergrund stehe nach wie vor die somatische Symptomatik.

Ä Å Ä Å Ä Å Ä Å Ä Å Aus psychiatrischer Sicht schilderte der Gutachter das Bild einer anhaltenden somatoformen SchmerzstÄ¼rung sowie dasjenige eines leichtgradigen depressiven Zustandsbildes mit somatischer Symptomatik. Wie bereits anÄ¼sslich der interdisziplinÄ¼ren Begutachtung vom Januar 2006 empfahl er erneut eine intensivere psychiatrische Therapie sowie eine sozialpsychiatrische Begleitung mit verhaltenstherapeutischen Elementen samt moderner antidepressiver Medikation. Dies wÄ¼rde die LebensqualitÄ¼t des BeschwerdefÄ¼hrers mit grÄ¼ssster Wahrscheinlichkeit nachhaltig positiv beeinflussen. Eine 50%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit sei aus derzeitiger psychiatrischer Sicht und insbesondere auch unter der erwÄ¼hnten Therapie erreichbar (S. 5 f.).

2.3Ä Å Ä Å WÄ¼hrend des Gerichtsverfahrens legte der BeschwerdefÄ¼hrer folgende Berichte auf:

2.3.1.1. Dr. med. F.____, Innere Medizin und Pneumologie FMH, welcher den Beschwerdeführer am 16. Dezember 2008 untersucht hatte, diagnostizierte mit Bericht vom 17. Dezember 2008 (Urk. 25/2) eine Zwerchfellparese rechts, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, eine Hypertonie und eine Adipositas. Er empfahl eine Inhalationsbehandlung sowie eine Gewichtsreduktion.

2.3.2.1. PD Dr. med. G.____, FMH Kardiologie, Innere Medizin, SGSM Sportmedizin, diagnostizierte am 8. Januar 2009 (Urk. 25/4) eine therapierefraktäre essentielle (primäre) Hypertonie bei massiv erhöhter Salzzufuhr in der Nahrung, eine hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit diastolischer Herzinsuffizienz NYHA II und Mikro-Albuminurie, eine Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr (Grad II, BMI 36), ein metabolisches Syndrom, eine Schlafapnoe mit Tagesmüdigkeit (CPAP-Therapie 2006 nicht toleriert), eine Hyperlipidämie, eine Zwerchfell-Parese rechts, eine grenzwertige pulmonale Hypertonie sowie ein abnormer Glukosetoleranztest (Prä-Diabetes). Er empfahl - nebst einer Ernährungsberatung - eine echokardiographische Verlaufskontrolle nach Ablauf von einem Jahr und sah vorderhand keinen weiteren kardiologischen Handlungsbedarf.

E. 3

3.1.1. Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass sich von der erstmaligen Rentenzusprache (Einspracheentscheid vom 21. Juli 2006, Urk. 9/38) bis zur Ablehnung der Rentenerhöhung (Verfügung vom 6. Februar 2008, Urk. 2) in organischer Hinsicht keine Veränderungen ergeben haben. Der Beschwerdeführer beklagt nach wie vor Kopf- und Nackenschmerzen (Urk. 9/7/4-6, Urk. 9/22 S. 14, Urk. 9/43/3-5 und Urk. 9/43/6-7). Der Status nach Diskushernie beziehungsweise die asymptomatische Chondrose und Spondylarthrose L4/5 wurden revisionsweise - wohl da nicht von Relevanz - nicht einmal mehr erwähnt. Auch der Hemispasmus facialis links fand aufgrund der mangelnden Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine wesentliche Erwähnung mehr (Urk. 9/7/4-6, Urk. 9/22 S. 13 und Urk. 9/43/3-5).

In diesem Sinne bestätigte Dr. C.____ explizit einen stationären Zustand (Urk. 9/43/3-5) und erachtete Dr. D.____ die psychosoziale Situation als entscheidend für die zervikogene Problematik (Urk. 9/43/6-7). Bei dieser Aktenlage ist davon auszugehen, dass in organischer Hinsicht von einem unveränderten Zustand des Beschwerdeführers auszugehen ist.

E. 3.2

3.2.1.1. In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten die Ärzte im Rahmen der erstmaligen Rentenzusprache eine mittelgradige depressive Episode bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung (Urk. 9/22 S. 13). Auch in den aktuellen Berichten gehen die Ärzte bzw. der Psychotherapeut von einer unveränderten Diagnose aus (Urk. 9/45 und Urk. 9/50 5 f.). Befundmässig imponierte der Beschwerdeführer ursprünglich durch innerliche Anspannung, Verzweiflung, Aggressionen, Zusammenbrechen, Bedrücktheit und Wertlosigkeitsgefühle (Urk. 9/22 S. 16). Die in den neuen Berichten erwähnten Symptome (Verlust der Freude, Morgentief, Antriebsverlust, Urk. 9/45) sind nicht als Verschlechterung des Zustandes zu fassen. Nach wie vor leidet der Beschwerdeführer unter seiner Stimmung und den damit einhergehenden Symptomen. Psychotherapeut E.____ hielt denn auch explizit fest, dass der Beschwerdeführer trotz Therapie seinen depressiven Symptomen ausgeliefert sei, und liess Hinweise auf eine

Urk. 9/43/6-7) nicht aufgefallen sind, ist wohl nur so erklärbar, dass er diesen Punkten - im Hinblick auf die therapeutischen Bemühungen unter Ausblendung medizinisch-theoretischer Arbeitsfähigkeitsüberlegungen - keine Beachtung geschenkt hat. Aufgrund des unterschiedlichen Auftrages behandelnder Ärzte und Gutachter ist dies auch nicht verwunderlich, führt aber zur mangelnden Verwertbarkeit des Berichtes im versicherungsrechtlichen Verfahren. Anzuführen bleibt, dass sich Psychotherapeut E.____ gar nicht zur Arbeitsfähigkeit (unter Aufbietung allen guten Willens) geäußert, sondern als Fazit eine ganze Rente für den Beschwerdeführer gefordert hat. Die Berechnung des Invaliditätsgrades ist aber nicht Aufgabe des Arztes.

3.2.4.4. Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist demgemäß keine Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes des Beschwerdeführers zu erkennen. Auch wenn man mit Psychotherapeut E.____ noch eine gewisse Häufung der depressiven Episoden annehmen wollte, so sind diese doch nirgends als schwer geschildert worden und sind diese jedenfalls nicht chronifiziert. Demgemäß ist nicht ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer gar keiner Arbeit mehr nachgehen können sollte.

3.3.4.4. Anzuführen bleibt, dass selbst die Annahme einer Verschlechterung des Zustandes zu keinem anderen Ergebnis führen würde. In der Hauptsache leidet der Beschwerdeführer an einer somatoformen Schmerzstörung, welche Diagnose nach der aktuellen bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur noch unter ganz gewissen Bedingungen zum Anspruch auf Versicherungsleistungen führt (BGE 130 V 352). Hierbei ist namentlich die Komorbidität depressiver Episoden zu bezweifeln, weshalb der Rentenanspruch des Beschwerdeführers grundsätzlich in Frage zu stellen wäre. Wohl erachtet das Bundesgericht diese geänderte Rechtsprechung als keinen Grund für den Entzug einer einmal zugesprochenen Rente (Urteil in Sachen S. vom 26. März 2009, 8C_502/2007), damit sollte aber nur die Weiterausrichtung von materiell unrechtmässigen Renten zementiert werden. Wenn nun eine Neuurteilung des medizinischen Zustandes zu erfolgen hat, kann darauf selbstverständlich zurückgekommen werden, soweit die (nach der neuen Praxis an sich rechtswidrige) Rente nicht herabgesetzt wird. Da der Beschwerdeführer an keiner objektivierbaren Erkrankung leidet, welche eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit verursacht, hat es damit sein Bewenden, dass er als unverändert teilarbeitsfähig gilt.

3.4.4.4. Die vom Beschwerdeführer pendente lite eingereichten Berichte vom Dezember 2008/Januar 2009 vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Die festgestellte Zwerchfellparese (Urk. 25/2 und Urk. 25/4) bleibt offenbar ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. So erachtete Dr. G.____ vielmehr eine Gewichtsreduktion sowie eine Ernährungsumstellung als empfehlenswert und empfahl eine Nachkontrolle erst in einem Jahr. Bei dieser Aktenlage kann nicht von einer (weitergehenden) Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, und schon gar nicht im relevanten Zeitpunkt des Verfassungserlasses am 6. Februar 2008.

4.4.4.4. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der erstmaligen Rentenzusprache nicht in relevanter Weise verändert hat. Da weiter keine erheblichen Veränderungen geltend gemacht wurden und solche auch nicht ersichtlich sind, hat der Beschwerdeführer weiterhin lediglich Anspruch auf die gewährt halbe und nicht auf eine höhere Rente. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

5. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert innerhalb des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 700.-- festzusetzen und dem unterliegenden 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 Hans Ulrich Würgler
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.