

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01193 vom 30. März 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.01193

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01193 du 30 mars 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01193 del 30 marzo 2009

Erwägungen

E. 3

3.1.1.1

3.1.1.1 Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin seit langem unter Asthma leidet. Dieses hatte aber für sich allein während Jahren keine Arbeitsunfähigkeit bewirkt (vgl. Urk. 1 S. 4, S. 11, Urk. 7/6 S. 3 f., Urk. 7/23 S. 26). Am 8. August 2007 traten nach einem heftigen Hustenanfall, in dessen Folge sie sich krümmte, in die Knie sank und sich anschliessend beim Aufrichten in Zwangshaltung verdrehte, plötzlich starke Schmerzen in der Lendenwirbelsäule auf mit gleichzeitiger Beinblockade (vgl. Urk. 7/23 S. 16, S. 26). Der im daraufhin aufgesuchten Notfallzentrum der Klinik Z. durchgeführte Lasègue-Test war positiv, und eine gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule ergab eine mässig grosse dorsomediane Diskushernie L4/5. Die Ärzte der Klinik Z. verordneten Schmerzmedikamente zur Therapie und entliessen die Beschwerdeführerin nach Hause (vgl. Urk. 7/33 S. 1-3). Eine MRI-Verlaufsuntersuchung vom 7. September 2007 zeigte unveränderte Verhältnisse im Segment L4/5 (vgl. Urk. 7/23 S. 25). Die Schmerzen gingen in der Folge unter der Behandlung mit Analgetika und Physiotherapie bei wellenförmigem Verlauf leicht zurück, allerdings kam es auch zu Ausstrahlungen ins rechte Bein. Belastungsabhängige Rückenschmerzen vor allem bei längerem Sitzen und in gebückter Haltung hielten weiterhin an (vgl. Urk. 7/23 S. 27). Am 6. Dezember 2007 wurde eine CT der Lendenwirbelsäule durchgeführt, welche eine 7,3 mal 12,5 mm grosse Diskushernie L4/5 mit Kompression des Duralsacks um rund einen Drittel seines Durchmessers und möglicherweise Wurzelreizungen im Bereich L4 und L5 rechts ergab. Die Bilder zeigten sodann eine minimale Protrusion im Segment L5/S1 ohne Beeinträchtigung des Duralsacks, diskrete Osteochondrosen der oberen Deckplatten in den Segmenten L3 und L4 sowie eine diskret vermehrte Sklerosierung der unteren Deckplatte von L4 (vgl. Urk. 7/23 S. 33 f.). Die elektrophysiologische Untersuchung der Muskulatur im Bereich L4-S1 vom 12. Dezember 2007 ergab bis auf ein auffälliges, durch die dortigen Schmerzen erklärtes Aktivierungsdefizit normale Verhältnisse (Urk. 7/23 S. 35).

Dr. med. B., Facharzt für Neurologie, welcher die Beschwerdeführerin am 6. Dezember 2007 gutachterlich untersuchte, diagnostizierte ein akutes Lumbovertebralsyndrom mit Lumboischialgie L5 rechts bei rechtsbetonter mittelgrosser Diskushernie L4/5 mit Duralsackkompression zu rund einem Drittel, empfahl die weitere konservative Behandlung der Beschwerden mit Physiotherapie sowie Medikamenten und ging davon aus, dass der Gesundheitsschaden geheilt werden könne (vgl. Urk. 7/23 S. 22 f., S. 30 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund anhaltender Arbeitsunfähigkeit untersuchte Dr. med. C. ____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, die Beschwerdeführerin am 18. März 2008 ausführlich. In seinem Bericht vom 13. Mai 2008 diagnostizierte er ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit einer mediorechtslateralen Diskushernie L4/5 mit Duralsackimpression, ungenügender muskulärer Stabilisationsfähigkeit, segmentaler Dysfunktion der Lendenwirbelsäule, Hinweisen für eine allgemeine Bindegewebschwäche und lumbale Überbeweglichkeit sowie mit einer Tendenz zur Schmerzchronifizierung. In differenzialdiagnostischer Hinsicht erwog er das Bestehen einer intermittierenden lumboradikulären Reizsymptomatik. Er empfahl einen Ausbau der medikamentösen Schmerztherapie, diverse Infiltrationen sowie, bei anschliessend unveränderter Beschwerdesituation, eine stationäre Rehabilitation (vgl. Urk. 7/23 S. 14 und S. 20 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen einer Verlaufskontrolle vom 20. Mai 2008 bemerkte der die Asthma-Symptomatik der Beschwerdeführerin behandelnde Dr. med. D. ____, Facharzt für Innere Medizin und Lungenkrankheiten vom LungenZentrum Z. ____, eine Verschlechterung der Asthmasymptome im Vergleich zu den von ihm im Dezember 2007 erhobenen Befunden. Dr. D. ____, ging davon aus, dass die verschlechterte Lungenfunktion eine Folge der oralen Schmerztherapie für die Wirbelsäulenbeschwerden mit Arthrotec sei (vgl. Urk. 3/3). Da die Beschwerdeführerin trotz zusätzlicher Medikamenteneinnahme in der Folge über nächtliche Dyspnoe und eine allgemeine Erschöpfung klagte, überwies sie Dr. med. E. ____, Facharzt für Innere Medizin und Lungenkrankheiten vom LungenZentrum Z. ____, entsprechend dem Vorschlag von Dr. C. ____, in die A. ____, zur stationären internistischen und rheumatologischen Rehabilitation (vgl. Urk. 3/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom 8. bis zum 21. Juli 2008 erfolgte die Rehabilitation in der A. ____, mit Bewegungs- und Atemtherapie, Ergometertraining, Lauftherapie, medizinischer Trainingstherapie sowie Atemschule (vgl. Urk. 7/23 S. 12 f.). Ziel war dabei eine physische Rekonditionierung mit Verbesserung von Kraft und Ausdauer, das Erlernen von Atemtechniken sowie von Entspannungsstrategien. Die Beschwerdeführerin profitierte von den angebotenen Therapien, ging jedoch auf eigenen Wunsch bereits nach zwei Wochen und nicht - wie ursprünglich geplant - nach drei Wochen Therapie nach Hause. Die Ärzte verzeichneten einen teilweise erfolgreichen Rehabilitationsverlauf, wobei es nicht gelang, die Atemsituation zu stabilisieren sowie die Rückenschmerzen zu lindern (vgl. Urk. 7/23 S. 13). Aufgrund von Schulterbeschwerden, welche im Rahmen der medizinischen Trainingstherapie aufgetreten waren, hatten sie Röntgenbilder sowie eine Ultraschall-Untersuchung der linken Schulter durchgeführt, welche eine Tendinitis der Sehne des Musculus Subscapularis ergeben hatten. Auch fiel ihnen eine Scapula alata links sowie eine partielle Schädigung des Musculus serratus anterior und des Nervus thoracicus longus auf. Diesbezüglich empfahlen sie weitere Abklärungen. Im Übrigen schlugen sie die weitere Behandlung mit ambulanter Physiotherapie zur Stärkung der Rotatorenmanschette und Dekompression des linken Schultergelenkskopfes und eine ambulante psychologische Betreuung mit Schwerpunkt auf Erarbeitung einer Tagesstruktur und Anleitungen zur Problemlösung (vgl. Urk. 7/23 S. 8 ff., Urk. 7/24).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 27. Oktober 2008 diagnostizierte Dr. med. F. ____, Facharzt für Chirurgie, gestützt auf den Befund einer Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 1. September 2008 eine instabile

Bizepssehne mit Bizepssehnen-Tendinitis und Schmerzhaftigkeit ausstrahlend nach distal und möglicher apikaler Limbus-Läsion, eine apikale Instabilität durch mangelnde Zentrierkraft der Supraspinatussehne mit Verdacht auf intratendinöse Supraspinatussehnen-Läsion, und schliesslich ein tiefstehendes Akromion mit Einengung des Subakromialis und einer subakromialen Bursitis. Er hielt fest, dass die Beschwerdeführerin vor drei Monaten auf einer Treppe gestürzt war und in der Folge unter starken Schmerzen im Bereich des linken Schultergelenks litt. Trotz Physiotherapie und Aufbau-therapie der Rotatorenmanschette habe keine Verbesserung erreicht werden können. Dr. F. ___ schlug zur Behandlung der Problematik die Durchführung einer arthroskopischen Untersuchung vor mit - je nach dabei vorgefundener Situation - gleichzeitiger Behebung der Bizeps- und Limbus-Problematik. Sollte sich die Rotatorenmanschette als auffällig erweisen und eine intratendinöse Läsion als wahrscheinlich erscheinen, so könne er noch eine offene Dörfle-Erweiterung und Akromioplastik und eine Rotatorenmanschetten-Doppelung unter Aufhebung der intratendinösen Läsion durchführen (vgl. Urk. 3/9).

Dem Verlaufsbericht vom 31. Oktober 2008 von Dr. D. ___ ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 30. Oktober 2008 aufgrund vermehrter nächtlicher Dyspnoe und zunehmender Leistungsinsuffizienz erneut bei ihm vorstellig geworden war. Dr. D. ___ passte die medikamentöse Therapie den veränderten Verhältnissen an. Aufgrund des Verdachts auf einen Trainingsmangel empfahl er der Beschwerdeführerin den Beginn einer ambulanten Atemwegsrehabilitation (Urk. 3/11).

3.1.2. Aus den bei den Akten befindlichen Attesten der behandelnden Ärzte Dr. med. G. ___, Oberärztin Sportmedizin der Schulthess Klinik, Dr. med. H. ___, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Innere Medizin und Manuelle Medizin, Dr. E. ___, Dr. D. ___, Dr. med. I. ___, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Dr. med. J. ___, Abteilungsärztin der A. ___, Dr. B. ___ sowie Dr. F. ___ ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin vom 8. August bis 25. Oktober 2007 zu 100 %, vom 26. Oktober 2007 bis 5. März 2008 zu 70 %, anschliessend vom 6. bis 26. März 2008 zu 50 %, vom 27. März bis 11. Mai 2008 zu 100 %, vom 12. bis 14. Mai wieder zu 50 %, vom 15. Mai bis 25. August 2008 erneut zu 100 %, vom 26. August bis 14. September 2008 zu 70 %, vom 15. September bis 31. Dezember 2008 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben wurde (vgl. Urk. 3/8, Urk. 3/10, Urk. 3/12, Urk. 7/6 S. 9-28, Urk. 7/33 S. 4-30).

3.2.

3.2.1. Zur Auswirkung des Beschwerdebildes auf die Arbeitsfähigkeit finden sich in den Akten insbesondere die nachstehend wiedergegebenen ärztlichen Einschätzungen.

3.2.2. Dr. med. C. ___, welcher die Beschwerdeführerin am 18. März 2008 aus rheumatologischer und internistischer Sicht ausführlich untersucht hatte, stellte eine Beschwerdesituation mit anhaltenden starken lumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein dar. Er kam zum Schluss, dass die anhaltende Arbeitsunfähigkeit durch ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit segmentaler Dysfunktion der Lendenwirbelsäule bei gleichzeitig ungenügender muskulärer Stabilisationsfähigkeit und Kraft/Ausdauer der Rücken- und Rumpfmuskulatur bei Diskushernie L4/5 und einer anlagebedingten Bindegewebeschwäche mit anamnestisch lumbaler Überbeweglichkeit erklärbar sei. Eine intermittierende lumboradikuläre Reizsymptomatik sei bei möglicher rezessaler

Wurzelreizung L4 oder L5 nicht ganz auszuschliessen. Erschwerend hätten sich rezidivierende Asthmaschübe auf den Rehabilitationsverlauf ausgewirkt. Zudem liege bei der Beschwerdeführerin wahrscheinlich eine Kombination zwischen einer verminderten allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit und einer zunehmenden Chronifizierung mit starker Schmerzempfindlichkeit vor. Dr. C. ging im Untersuchungszeitpunkt von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % aus. Zur Prognose hielt er fest, dass sich das 50 %-Pensum bis spätestens Mitte/Ende Juni 2008 in Schritten von 10-20 % alle 1-2 Monate steigern lassen sollte. In der bisherigen Tätigkeit sollte, allenfalls unterstützt durch eine ergonomische Anpassung des Arbeitsplatzes, prinzipiell wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreichbar sein (vgl. Urk. 7/23 S. 19 ff.).

3.2.3 Dr. G., welche die Beschwerdeführerin nach dem Ereignis vom 8. August 2007 behandelte (vgl. Urk. 1 S. 4), hielt in ihren ersten Arbeitsunfähigkeitsattesten in den Monaten August bis Oktober 2007 jeweils fest, dass voraussichtlich mit einer Wiederaufnahme der Arbeit in einer oder zwei Wochen zu rechnen sei (vgl. Urk. 7/6 S. 19-28). In ihrem Bericht vom 30. Juni 2008 zu Händen der IV-Stelle vertrat sie die Auffassung, dass die Beschwerdeführerin bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei. Trotz intensiver therapeutischer Massnahmen leide die Beschwerdeführerin immer noch unter Schmerzen in der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung ins rechte Bein. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (vgl. Urk. 7/19).

3.2.4 Die Ärzte der A., wo sich die Beschwerdeführerin vom 8. bis zum 21. Juli 2008 aufhielt, vertraten die Auffassung, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin grundsätzlich sehr positiv zu sehen sei. Aufgrund des Rehabilitationsverlaufs sei davon auszugehen, dass aus rein körperlicher Sicht keine Einschränkung in der Tätigkeit als Versicherungsberaterin bestehe, weder im Büro noch im Aussendienst. Notwendig seien aber sicher organisatorische Anpassungen der beruflichen Tagesstruktur zur besseren Bewältigung des Arbeitspensums und zur Reduzierung der daraus resultierenden psycho-physischen Belastung (vgl. Urk. 7/23 S. 9).

3.2.5 Dr. E. erhoffte sich am 18. Juli 2008 von der stationären Rehabilitation in der A. noch eine deutliche Verbesserung der Rückenbeschwerden und eine Stabilisierung des Asthmas (vgl. Urk. 7/22). In seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 6. August 2008 ging er demgegenüber gestützt auf eine Untersuchung vom 23. Juli 2008 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab 10. August 2008 aus (vgl. Urk. 7/23 S. 6 f.). Nach einer Kontrolluntersuchung vom 30. Oktober 2008 ging er - trotz Verschlechterung der Situation aus Sicht der Beschwerdeführerin - von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ab 30. Oktober 2008 aus (vgl. Urk. 3/11-12).

3.2.6 Dr. B. hielt in seinem Gutachten vom 18. Januar 2008 die bisher bescheinigte Arbeitsunfähigkeit (von 100 % und 70 %; vgl. dazu Erw. 3.1.2) für adäquat und ging davon aus, dass diese im Schritt mit der Rekonvaleszenz besserungsfähig sei (vgl. Urk. 7/23 S. 30 ff.). In einem weiteren Bericht vom 10. September 2008 nahm er, gestützt auf eine Untersuchung vom 8. September 2008, zur Arbeitsfähigkeit und zur Einschätzung der Ärzte der A. Stellung. Er wies dabei darauf hin, dass dem Physiotherapiebericht zu entnehmen sei, dass die Physiotherapieziele bei Abschluss der Rehabilitation nicht hätten erreicht werden können, da die Beschwerdeführerin weiterhin eine instabile Rückensituation aufgewiesen habe und die Asthmasymptome sich ebenfalls nicht gebessert hätten. Anlässlich seiner Untersuchung habe die Beschwerdeführerin als Probleme Ermüdung, verminderte Ausdauer aufgrund des Asthmas und der

Medikamenteneinnahme sowie haltungs- und belastungsbedingte Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein, welche verstärkt etwa bei Erschütterungen, bei Husten, Niesen und monotonen Kopfhaltungen auftreten würden, angegeben. Dr. B. ging gestützt auf die klinisch erhobenen Befunde (leichte Sensibilitätsverminderung im rechten Bein, leichte Schwäche der Hüftbeuger und Fussheber, Lasègue mit Ziehen in der Endphase, Druckdolenz rechts paralumbal sowie im Bereich des linken Trapezius und Levator scapulae) davon aus, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der lumbalen Diskushernie L4/5 rechts mit Wurzelreizung L4 rechts, dem Asthma und der aktuellen myofascialen Symptomatik im Bereich des Trapezius und Levator scapulae nicht - wie von den Ärzten der A. - uneingeschränkt arbeitsfähig sei. Das Problem liege in der verminderten Belastbarkeit und Ausdauer. Auch mit den vorgeschlagenen organisatorischen Anpassungen in der beruflichen Tagesstruktur sei seines Erachtens keine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit erreichbar (vgl. Urk. 7/33 S. 33 ff.). In einem weiteren Bericht vom 11. November 2008 berücksichtigte Dr. B. zusätzlich die Beschwerden in der linken Schulter, welche dazu führen würden, dass die Beschwerdeführerin den linken Arm nicht über die Horizontale heben, ihn nicht hinter dem Rücken führen und damit auch keine Gewichte heben könne. Bei unveränderter Asthma- und Rückenproblematik sei die Beschwerdeführerin beim Sitzen, Bücken, langen Laufen und beim Autofahren eingeschränkt. Zusammen mit Hustenschmerzen im lumbalen Bereich und im linken Schulterbereich und Schulterblatt würden diese Faktoren die Beschwerdeführerin im Arbeitsalltag beim Autofahren, bei Sitzungen mit Kunden, bei Verkaufsgesprächen und hinsichtlich der Konzentration und Überzeugungskraft einschränken. Es sei davon auszugehen, dass es sich beim Asthma und den Rückenbeschwerden um einen dauerhaften Gesundheitsschaden handle, und die Restarbeitsfähigkeit sei aktuell auf 50 % festzusetzen (vgl. Urk. 3/7-8).

3.2.7.1 Dr. F., welcher die Schulterproblematik der Beschwerdeführerin behandelte, ging in seinem Bericht vom 27. Oktober 2008 aufgrund der vorgefundenen Situation mit einer instabilen Bizepssehne mit Bizepssehnen-Tendinitis und Schmerzhaftigkeit ausstrahlend nach distal und möglicher apikaler Limbus-Läsion, einer apikalen Instabilität durch mangelnde Zentrierkraft der Supraspinatussehne mit Verdacht auf eine intratendinöse Spuraspinatussehnen-Läsion, und schliesslich einem tiefstehenden Akromion mit Einengung des Subakromialis und einer subakromialen Bursitis davon aus, dass die Beschwerdeführerin dadurch zu 50 % arbeitsunfähig sei (vgl. Urk. 3/9-10).

3.3.1.1

3.3.1.1 Aus den wiedergegebenen medizinischen Akten ergibt sich zunächst, dass die behandelnden Ärzte zu Beginn der Behandlung beziehungsweise im Anfangsstadium der Beschwerden noch klar mit einer Wiedererlangung der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Versicherungsmaklerin rechneten. Insbesondere die behandelnde Ärztin Dr. G. hielt im Anfangsstadium praktisch wörtlich eine baldige vollständige Wiederaufnahme der Arbeit für wahrscheinlich (vgl. Urk. 7/6 S. 19 ff.). Auch Dr. B. und Dr. C. schätzten die Situation in ihren ausführlichen Berichten vom 18. Januar 2008 beziehungsweise vom 13. Mai 2008 noch so ein, dass die Beschwerdeführerin unter dem Einfluss der eingeleiteten Therapien bald wieder werde ihr bisheriges Arbeitspensum ausüben können (vgl. Urk. 7/23 S. 20 f. und S. 30 f.). Noch am 30. Juni 2008 ging Dr. G. von einer Besserungsfähigkeit der

Beschwerden aus (vgl. Urk. 7/19 S. 4). Die gleiche Meinung vertrat Dr. E. ___ in seinem Bericht vom 6. August 2008 (Urk. 7/23 S. 4). All diese Prognosen wurden aber widerlegt, indem sich der Heilverlauf jeweils deutlich schlechter entwickelte als von den Ärzten, wohl aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen mit identischen Gesundheitsschäden, erwartet. Noch im Oktober 2008, also über ein Jahr nach der erstmaligen Schmerzmanifestation in der Lendenwirbelsäule mit dem bekannten Verlauf, attestierten die behandelnden Ärzte Dr. B. ___ sowie Dr. E. ___ aufgrund der Rücken- und Lungenprobleme eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 3/7-8, Urk. 3/11-12). Es besteht daher eine erhebliche Diskrepanz zwischen den somatisch fassbaren Gesundheitsschäden und dem gestützt darauf von den Ärzten erwarteten Heilverlauf und dem effektiven Beschwerdeverlauf sowie (subjektiven) Krankheitsempfinden der Beschwerdeführerin.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum einen ist deshalb fraglich, ob die Beschwerdeführerin die ihr im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. vorstehend Erw. 1.6) zumutbaren therapeutischen Massnahmen wirklich ausgeschöpft hat. In den medizinischen Berichten wird wiederholt vermerkt, dass die Rückenbeschwerden durch einen ungenügenden Kraft/Ausdauer der Muskulatur in diesem Bereich beziehungsweise durch einen ungenügenden Trainingszustand aufrechterhalten würden (vgl. etwa Urk. 7/23 S. 8 ff., S. 19). Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang, dass Dr. D. ___ noch am 31. Oktober 2008 feststellen musste, dass bei der Beschwerdeführerin - trotz praktisch von Beginn der Rückenbeschwerden an durchgeführter Physiotherapie beziehungsweise aufgezeigter Übungen und Trainingsmassnahmen - möglicherweise ein Trainingsmangel vorliege, worauf er ihr weitere Physiotherapie verordnete (vgl. Urk. 3/11). Sodann ergibt sich aus dem Bericht der A. ___, dass die Beschwerdeführerin Verbesserungsvorschläge nur schwer annehmen beziehungsweise umsetzen konnte und die Rehabilitation bereits eine Woche früher als geplant abbrach (vgl. Urk. 7/23 S. 9). Schliesslich fehlen in den Akten auch Anhaltspunkte dafür, dass sie die nach der Rehabilitation empfohlene ambulante psychologische Betreuung mit Schwerpunkt auf angeleiteter Problemlösung und Erarbeitung einer Tagesstruktur (vgl. Urk. 7/23 S. 10) aufgenommen hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum anderen ist auch unklar, ob die Beschwerdeführerin aus objektivem Blickwinkel mit einer zumutbaren Willensanstrengung mehr leisten konnte, als sie sich zutraut. Bei dieser Sachlage ist die Rechtsprechung zu beachten, wonach aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht letztlich die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung massgebend ist, ob und inwiefern einer versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit zumutbar ist, und das subjektive Empfinden für sich allein nicht massgebend sein kann, insbesondere wenn es sich nicht mit der Auffassung der medizinischen Fachleute deckt (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 30. Juni 2006 in Sachen R., I 804/05, Erw. 2.2 mit Hinweisen). Diesbezüglich fällt auf, dass Dr. D. ___, welcher am 30. Oktober 2008 zur Prüfung der Lungenfunktion eine Spirometrie durchführte, dabei eine fragliche Mitarbeit der Beschwerdeführerin erwähnte (vgl. Urk. 3/11 S. 2). Sodann kann kaum ernstlich die Rede davon sein, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Einschränkungen beim Rennen und Höpfen beziehungsweise auch beim Treppensteigen und Bergaufgehen (vgl. etwa Urk. 7/23 S. 13, Urk. 7/33 S. 34) bei optimaler Arbeitsorganisation eine ernsthafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Versicherungsmaklerin haben. Dasselbe gilt für die von Dr.

B.____ aufgrund der Schulterbeschwerden genannte Problematik, dass die Beschwerdeführerin mit dem linken Arm keine schweren Gewichte mehr heben, diesen nicht mehr über die Horizontale heben und ihn nicht mehr hinter den Rücken führen könne (vgl. Urk. 3/7; vgl. auch die Einschätzung von Dr. F.____, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund der Armbeschwerden nur noch zu 50 % arbeiten könne [Urk. 3/9-10]). Da diese invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Aspekte von den Ärzten bei der Festsetzung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschieden wurden, bleibt unklar, ob sie sie bei ihrer Einschätzung mitberücksichtigt haben. Schliesslich erwähnte Dr. C.____ eine starke Schmerzempfindlichkeit der Beschwerdeführerin mit der Gefahr einer Schmerzchronifizierung (vgl. Urk. 7/23 S. 19), wobei sich in solchen Fällen immer die schwierige Frage stellt, was die versicherte Person trotz der Schmerzen mit einer zumutbaren Willensanstrengung auf dem Arbeitsmarkt leisten könnte.

3.3.2.4 Ungeachtet der obgenannten Fragen, welche sich gestützt auf die medizinischen Akten nicht klären lassen, fällt auch die erhebliche Diskrepanz der ärztlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzungen auf. Während die behandelnden Ärzte und dabei insbesondere Dr. B.____ aufgrund der Rückenbeschwerden und Dr. E.____ aufgrund des Asthmas lange von einer Arbeitsunfähigkeit von bis zu 100 % in der bisherigen Tätigkeit ausgingen und zuletzt eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % als angemessen erachteten (vgl. vorstehend Erw. 3.1.2, 3.2.5-6), beurteilten die Ärzte der A.____ die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin viel positiver und gingen von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit aus, falls die Beschwerdeführerin ihre Arbeit optimal organisiere und ihren Behinderungen anpasse (vgl. Erw. 3.2.2 und 3.2.4). Auf die Berichte der behandelnden Ärzte kann aufgrund der in der vorstehenden Erwägung genannten Unzulänglichkeiten beziehungsweise nicht geklärten, aus versicherungsmedizinischer Sicht bedeutsamen Fragen nicht abgestellt werden. Es kann indes auch nicht auf die positiveren Einschätzungen von Dr. C.____ und von den Ärzten der A.____ abgestellt werden. Die Einschätzung von Dr. C.____, wonach die Beschwerdeführerin ihr bisheriges Arbeitspensum innert einiger Monate wieder erreichen sollte, erfolgte unter dem ausdrücklichen Vorbehalt, dass unter den von ihm vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen keine Besserung eintreten werde beziehungsweise die behandelnden Ärzte keine höhere Arbeitsunfähigkeit attestieren würden (vgl. Urk. 7/23 S. 10). Dies ist jedoch passiert und führte zur stationären Rehabilitation in der A.____. Auch auf die Einschätzung im Bericht der Ärzte der A.____ kann - entgegen der Auffassung von Dr. K.____ vom internen medizinischen Dienst der IV-Stelle (vgl. Urk. 7/28 S. 3) - nicht abgestellt werden. Die dortige sehr positive Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit wurde nämlich nur rudimentär und ohne eigentliche Bezugnahme auf die Beschwerden und die abweichende Meinung der behandelnden Ärzte begründet (vgl. dazu vorstehend Erw. 1.5.2). Auch haben die Ärzte der A.____ nicht dargetan, wie sich ihre Einschätzung mit dem relativ erfolglosen Rehabilitationsaufenthalt vereinbaren lässt (vgl. Urk. 7/23 S. 9 f.).

3.3.3.4 In dieser Situation - zum einen besteht eine auffällige Diskrepanz zwischen dem aufgrund der gesundheitlichen Störungen erwarteten und dem effektiv eingetretenen Beschwerdeverlauf, zum anderen liegen divergierende ärztliche Einschätzungen der zumutbaren Arbeitsfähigkeit vor, wobei die Widersprüche vom Gericht bei der aktuellen Aktenlage nicht aufgeklärt werden können - besteht zusätzlicher

medizinischer Abklärungsbedarf. Da das Leidenbild der Beschwerdeführerin komplex ist bei Verdacht auf Schmerzchronifizierung und sich die verschiedenen Beschwerden, insbesondere die Asthma- und die Rückenproblematik, wechselseitig beeinflussen, ist eine interdisziplinäre, auf versicherungsmedizinische Fragestellungen spezialisierte Begutachtungsinstitution mit den Abklärungen zu beauftragen.^{3.4} Die Beschwerdeführerin arbeitet zusammen mit dem Ehemann in der eigenen GmbH als Versicherungsmaklerin im Aussendienst (vgl. Urk. 3/7 S. 1). Bei ihr liegt damit eine berufliche Situation vor, welche faktisch einer selbständigen Erwerbstätigkeit gleichkommt. Aus ärztlicher Sicht ist sie vor allem aufgrund der Rückenproblematik bei regelmässig anfallenden Arbeiten wie beim Kundenkontakt und bei den häufigen langen Autofahrten (vgl. Urk. 7/6 S. 8, Urk. 7/23 S. 27) deutlich eingeschränkt (vgl. etwa Urk. 3/7). Offenbar besteht aber aufgrund der geringen Grösse der Firma wenig Spielraum für die Übernahme von Aufgaben innerhalb des Betriebs, welche für die gesundheitlich angeschlagene Beschwerdeführerin weniger belastend wären (vgl. Urk. 7/6 S. 8).

Unter Berücksichtigung der Ausbildung und beruflichen Erfahrung der Beschwerdeführerin (vgl. etwa Urk. 7/6 S. 8, Urk. 7/7, Urk. 7/23 S. 17) ist fraglich, ob nicht andere, der Behinderung besser angepasste Tätigkeiten im kaufmännischen Bereich und dabei etwa in der angestammten Versicherungsbranche oder der Bankbranche, wo die Versicherte ihre Lehre absolvierte (vgl. Urk. 7/23 S. 17), existieren. Bei der Invaliditätsbemessung wird die IV-Stelle deshalb die Rechtsprechung (in analoger Weise) zu berücksichtigen haben, dass einer versicherten Person aufgrund der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht (BGE 113 V 28) die Aufnahme einer unselbständigen Erwerbstätigkeit zugemutet werden kann, wenn hievon eine bessere erwerbliche Verwertung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden kann und der berufliche Wechsel unter Berücksichtigung der gesamten Umstände (Alter, Aktivität, Ausbildung, Art der bisherigen beruflichen Tätigkeit) als zumutbar erscheint (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. November 2003 in Sachen S, I 116/2003, unter Hinweis auf ZAK 1983 S. 256, Urteil F. vom 12. September 2001, I 145/01 Erw. 2b).

Aufgrund dieser Überlegungen wird die von der IV-Stelle beauftragte medizinische Gutachterstelle auch die zumutbare Arbeitsfähigkeit in unselbständigen Tätigkeiten als kaufmännische Angestellte abzuklären haben. Die IV-Stelle wird bei der Prüfung des Rentenanspruchs dann eine allenfalls grössere Restarbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit zu berücksichtigen haben, falls diese eine bessere Verwertung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit ermöglicht und der berufliche Wechsel unter Berücksichtigung der genannten Rechtsprechung als zumutbar erscheint.

Aufgrund der Hinweise in den Akten, dass insbesondere die Therapie der Asthmabeschwerden zeitintensiv ist (vgl. Urk. 1 S. 2), wird die beauftragte Begutachtungsstelle auch allfällige erhebliche therapiebedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz bei der Festsetzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen haben.

Es ergibt sich, dass die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen ist, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen ist, damit sie die Beschwerdeführerin interdisziplinär, und dabei zumindest internistisch-pneumologisch, rheumatologisch und psychiatrisch, begutachten lasse. Die beauftragten Fachärzte werden dabei zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit in der bisherigen

und in einer anderen, optimal der Behinderung angepassten Tätigkeit im kaufmännischen Bereich Stellung zu nehmen haben und dabei auch allfällige therapiebedingte Absenzen vom Arbeitsplatz mitzubedenken haben. Nach Eingang der Expertise wird die IV-Stelle erneut über den Rentenanspruch zu verfügen haben, wobei sie sorgfältig zu prüfen haben wird, ob die Beschwerdeführerin ihre verbleibende Arbeitsfähigkeit in einer anderen als der bisherigen Tätigkeit besser verwerten kann. Selbstredend wird die IV-Stelle der Beschwerdeführerin nach Eingang der Expertise auch das rechtliche Gehör zu gewähren haben (vgl. Urk. 1 S. 2).

E. 5

5.1 Ausgangsgemäss gehen die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- zulasten der unterliegenden IV-Stelle (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

5.2 Nach § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) und Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze wird die Parteientschädigung auf Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 17. Oktober 2008 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Rentenanspruch verfüge.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Nathalie Probst
- 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.