

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01218 vom 11. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.01218

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01218 du 11 juin 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01218 del 11 giugno 2010

Erwägungen

E. 3

3.1 Am 7. Dezember 2002 erlitt der Beschwerdeführer einen Verkehrsunfall in seinem Heimatland (Urk. 8/13/144) mit Verletzungen am rechten Auge, der Halswirbelsäule (HWS), am Oberkörper und am rechten Knie (Urk. 8/13/143 Ziff. 4-5).

3.2 Vom 24. Februar bis 12. März 2004 weilte der Beschwerdeführer stationär im Stadtspital Z. ___, wo mit Austrittsbericht vom 12. März 2004 (Urk. 8/16/6-7) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts, ein chronisches Zervicobrachialsyndrom links und eine arterielle Hypertonie diagnostiziert wurden (S. 1 Mitte).

Im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 25. August 2004 (Urk. 8/13/32-36 = Urk. 3/3) wurde ausgeführt, es bestehe ein leichtes Zervikalsyndrom ohne ersichtliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Auch die erlittene Augenverletzung beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit nicht (S. 4 unten). Zentrales Problem sei heute ein im Herbst 2003 aufgetretenes Lumbovertebralsyndrom. Die Kniekontusion von 2002 sei ausgeheilt, zwischenzeitlich seien unfallfremde Kniebeschwerden dazugeetreten (S. 5 oben).

3.3 PD Dr. med. A. ___, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, der den Beschwerdeführer seit Januar 2004 behandelt (Urk. 8/16/3), nannte in seinem Bericht vom 10. Januar 2005 (Urk. 8/16/1-2) als Diagnose ein lumbospondylogenes Syndrom (lit. A), attestierte eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % vom 16. Januar bis 23. April 2004 und von 50 % vom 19. November 2004 bis 31. Januar 2005 (lit. B) und empfahl weitergehende Abklärungen (lit. D.7).

3.4 Dr. med. B. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gab in seinem Bericht vom 8. Februar 2005 (Urk. 8/22 = Urk. 3/9) an, dass der den Beschwerdeführer seit April 2004 behandle (Lit. D.1) und nannte als Diagnose eine multiple somatische und psychische Symptomatik (chronifiziertes leichtes depressives Zustandsbild mit kognitiven Beeinträchtigungen) bei chronischem lumbospondylogem Syndrom und chronischem Zervicobrachialsyndrom nach mehreren Autounfällen, zuletzt im Dezember 2002 (lit. A). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % von Dezember 2002 bis April 2003, von 50 % von April bis Dezember 2003, von 100 % von Dezember 2003 bis August 2004 und sodann von 50 % ab September 2004 (lit. B).

Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Medizin, fÄhrte in seinem Bericht vom 6. April 2005 (Urk. 8/23 = Urk. 3/8) aus, er behandle den BeschwerdefÄhrer seit Dezember 1994 (lit. D.1), und nannte folgende Diagnosen (lit. A):

- Panvertebralsyndrom, seit zirka 1994
- zweimal Schleudertrauma (2000, 2002), eventuell postcommotionelles Syndrom, SensibilitÄtsstÄrungen Arm links
- progrediente depressive Entwicklung, Somatisierungstendenz, seit zirka 2003
- chronifiziertes Schmerzsyndrom, seit zirka 2002

Er attestierte eine ArbeitsunfÄhigkeit in der angestammten TÄtigkeit von 100 % vom 7. Dezember 2002 bis 31. MÄrz 2003, von 50 % vom 1. April bis 12. Dezember 2003, von 100 % vom 12. Dezember 2003 bis auf weiteres (lit. B).

Er erachtete eine behinderungsangepasste TÄtigkeit als halbtags zumutbar (Urk. 8/23/4).

Am 20. Juni 2006 erstatteten Dr. med. D.____, Facharzt Innere Medizin FMH, Gutachter, und Dr. med. E.____, Facharzt Innere Medizin FMH, Chefarzt, Medizinisches Zentrum F.____ (F.____) ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/35 = Urk. 3/7).

Sie stÄtzten sich dabei auf die ihnen Äberlassenen Akten (S. 1 ff.), die Angaben des BeschwerdefÄhrers im Rahmen der am 4. und 31. Mai 2006 erfolgten Untersuchungen (S. 4 ff.), die selber erhobenen Befunde (S. 8 ff.), den Konsiliarbericht von Dr. med. G.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation (S. 10 ff.), und den Konsiliarbericht von Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (S. 12 ff.).

Sie stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die ArbeitsfÄhigkeit (S. 17 Ziff. 4):

- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit/bei:
- geringfÄgigen Spondylarthrosen, konsekutiv bei Diskusdegenerationen
- Status nach Morbus Scheuermann
- anhaltende somatoforme SchmerzstÄrung (ICD-10: F45.4).
- leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F 32.00)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die ArbeitsfÄhigkeit nannten sie eine diffuse Koronarsklerose und eine beidseitige, apparativ versorgte, SchwerhÄrigkeit mit Tinnitus links (S. 17 Ziff. 4.4-5).

Aus rheumatologischer Sicht seien die beklagten Beschwerden in ihrer IntensitÄt und in ihrer konsekutiven Behinderung nicht glaubhaft. Es bestehe kein Zweifel am Vorliegen geringfÄgiger degenerativer VerÄnderungen der LendenwirbelsÄule (LWS), die insbesondere bei Extensionen schmerzten und im Rahmen einer Spondylarthrose zu interpretieren seien. FÄr die beklagten Beschwerden im Bereich Handgelenk links und Kniegelenk rechts finde sich zurzeit kein strukturelles Korrelat; die Gelenke seien vÄllig reizlos, frei beweglich und stabil (S. 18 unten). FÄr die zuletzt ausgeÄbte, leichte bis mittelschwere TÄtigkeit bestehe aus

strukturell-rheumatologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 %. In behinderungsangepasster Tätigkeit (vorwiegend sitzend und ohne repetitives Heben und Tragen schwerer Lasten) betrage die Arbeitsfähigkeit 100 % (S. 18 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer aktuell zu 20 % arbeitsunfähig (S. 19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer sowohl aus rheumatologischer als auch aus psychiatrischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit als Fabrikarbeiter mit zeitweise leichter bis mittelschwerer Tätigkeit sowie in allen anderen Verweisungstätigkeiten höchstens als zu 20 % arbeitsunfähig einzustufen (S. 19 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 7. Juli 2004 sei das rechte Knie operiert worden; spätestens ab 2. August 2004 wäre eine angepasste Tätigkeit (Bedienen von Maschinen mit gelegentlich leichtem bis mittelschwerem Heben) zu 50 % zumutbar gewesen. Spätestens ab dem Begutachtungszeitpunkt bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 20 Ziff. 7.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die von Dr. B.____ ab September 2004 bis auf weiteres attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % stehe in einem gewissen Widerspruch dazu, dass PD Dr. A.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % nur bis am 31. Januar 2005 attestiert habe. Die vom Hausarzt Dr. C.____ im April 2005 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % erscheine ebenfalls zu hoch gegriffen. Aktuell bedinge die psychiatrische Diagnose eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 %, auch aus rheumatologischer Sicht bestehe keine höhere Arbeitsunfähigkeit (S. 20 Ziff. 7.2).

3.6 Ä Ä Ä Vom 1. September 2007 bis 29. (effektiv 19.) Februar 2008 absolvierte der Beschwerdeführer ein Arbeitstraining, über das am 25. Februar 2008 berichtet wurde, es sei wegen zu häufiger schmerzbedingter Absenzen im Januar 2008 vorzeitig abgebrochen worden. Einfache Montage- und Verpackungsarbeiten könne der Beschwerdeführer mit einer Leistungsfähigkeit von 80 % bewerkstelligen (Urk. 8/79 = Urk. 3/10).

3.7 Ä Ä Ä Am 13. Mai 2008 berichtete Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 8/86 = Urk. 3/14), er behandle den Beschwerdeführer seit dem 12. März 2007 (lit. 3.1). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Dysthymie (F34.1) im Zusammenhang mit chronischem, therapieresistentem Schmerzzustand bei lumbospondylogem Syndrom (Ziff. 1.1). In behinderungsangepasster Tätigkeit sei der Beschwerdeführer 50 % mit Unterbrüchen arbeitsfähig (Ziff. 5.2). Er sei sozial gut eingebettet, leide aber darunter, dass er die traditionelle Rolle als Ernährer nicht mehr ausüben könne (Ziff. 5.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C.____ berichtete am 11. Juni 2008 (Urk. 8/89 = Urk. 8/101 = Urk. 3/12), die Diagnose habe sich verändert; es bestehe eine progrediente Kniearthrose recht bei Status nach Revision, längeres Laufen sei schmerzhaft (S. 1 Ziff. 2.1). Ferner bestehe eine zunehmende Nervosität und Depression (S. 1 Ziff. 2.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä PD Dr. A.____ berichtete am 30. Juni 2008 (Urk. 8/90 = Urk. 3/13), der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (Ziff. 1.) und die Diagnose habe sich verändert, der Beschwerdeführer werde seit 3 Jahren noch wegen depressiver Symptome behandelt (Ziff. 2).

Dr. I. ___ berichtete am 1. September 2008, er sehe den Beschwerdeführer dreimal wöchentlich. Er leide noch immer unter einer Dysthymie, die weitgehend mit seiner eingeschränkten Arbeitsfähigkeit und der erzwungenen Untätigkeit zu tun habe. Auf die Arbeitsfähigkeit habe die psychische Störung keinen grossen Einfluss; diesbezüglich teile er, Dr. I. ___, die Einschätzung im F. ___-Gutachten (Urk. 8/100 = Urk. 3/11).

Eine MR-Untersuchung der LWS vom 4. Januar 2010 ergab als Befund Degenerationen an allen lumbalen Segmenten (Urk. 17 S. 1 Mitte).

Dr. med. J. ___, Facharzt FMH Allgemeinmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte am 29. September 2008 aus, gestützt auf den Bericht von Dr. C. ___ sei anzunehmen, dass seit der Begutachtung im F. ___ eine fortschreitende Kniegelenksarthrose dazugetreten sei. Versicherungsmedizinisch sei dies jedoch insofern bereits berücksichtigt, als die Rest-Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit auf eine vorwiegend sitzende Tätigkeit bezogen sei (Urk. 8/104/1 unten).

Die Beschwerdegegnerin ging von einem Valideneinkommen im Jahr 2006 von rund Fr. 74'339.-- und einem Tabellenlohn von Fr. 59'197.-- sowie einem Abzug von 10 % aus, womit ein Invaliditätsgrad von 43 % resultierte (Urk. 8/104/2).

Mit Verfügung vom 4. Juli 2007 sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 14. Mai bis 10. August 2007 ein Taggeld zu (Urk. 8/57).

Mit Verfügung vom 19. September 2007 sprach sie ihm Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. September 2007 bis 29. Februar 2008 ein Taggeld zu (Urk. 8/64).

Mit Verfügung vom 18. Oktober 2007 sprach sie ihm für die Zeit vom 1. bis 2. März 2008 ein Taggeld zu (Urk. 8/65).

E. 4

Das F. ___-Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden und die Vorakten. Nachdem es auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die gezogenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind, erfüllt es alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend Erw. 1.4) vollumfänglich, so dass grundsätzlich darauf abzustellen ist.

Im F. ___-Gutachten wurde als leidensangepasst eine vorwiegend sitzende und ohne repetitives Heben und Tragen schwerer Lasten ausübende Tätigkeit umschrieben. Der Beurteilung des RAD-Arztes, wonach mit dem Erfordernis der vorwiegend sitzenden Tätigkeiten auch den später aufgetretenen Beschwerden im rechten Knie Rechnung getragen ist, ist zuzustimmen.

Damit ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass ab dem Zeitpunkt der F. ___-Begutachtung (Mai/Juni 2006) die Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit (vorwiegend sitzend und ohne repetitives Heben und Tragen schwerer Lasten) aus rheumatologischer Sicht gar nicht und aus psychiatrischer Sicht zu 20

% eingeschränkt war.

4.2 Die Einschränkung aus psychiatrischer Sicht ergab sich aus der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und leichten depressiven Episode.

Die festgehaltene leichte depressive Episode stellt keine neben der somatoformen Schmerzstörung ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer im Sinne der Rechtsprechung dar. Dafür, dass die alternativen Kriterien (vorstehend Erw. 1.3) erfüllt sein könnten, gibt es keinerlei Hinweise.

Dies führt zum Schluss, dass die aus psychiatrischer Sicht attestierte Einschränkung von 20 % keine für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsunfähigkeit gleichen Umfangs zu begründen vermag.

Somit ist bei der Invaliditätsbemessung von einer vollen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit auch in psychischer Hinsicht auszugehen, mithin insgesamt von einer vollen Arbeitsfähigkeit.

4.3 Die Beschwerdegegnerin ist bei der Invaliditätsbemessung, die zu einem Invaliditätsgrad von 43 % geführt hat, von einer um 20 % reduzierten Arbeitsfähigkeit ausgegangen und hat einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 % vorgenommen.

Dies ist angesichts dessen, dass das Invalideneinkommen richtigerweise ausgehend von einer vollen Arbeitsfähigkeit zu ermitteln wäre (vorstehend Erw. 4.2), als ausgesprochen grosszügig zu beurteilen, so dass umso weniger Anlass besteht, bezüglich der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn in das vorinstanzliche Ermessen einzugreifen.

4.4 Die vom Beschwerdeführer erhobenen Einwände führen zu keinem anderen Schluss. Zu seinem Ansinnen, eine Mischrechnung von gutachterlich festgesetzter Arbeitsfähigkeit und seiner subjektiven Selbsteinschätzung vorzunehmen (Urk. 1 S. 7 Ziff. 14), hat sich bereits die Beschwerdegegnerin geäussert (Urk. 7). Dem ist nichts beizufügen.

Wie es sich konjunkturbedingt mit den effektiven Arbeitsmarktchancen des Beschwerdeführers verhält, ist nicht massgebend; nachdem er selber eingeräumt hat, dass richtigerweise auf einen hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt abzustellen ist (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 15), wäre es möglich, ihn diesbezüglich noch einmal zu belehren.

4.5 Die Beschwerdegegnerin hat die von ihr zugesprochene Rente während zweier Zeitabschnitte unterbrochen. Beide Unterbrüche betreffen Phasen, in den der Beschwerdeführer Umschulungs-Taggelder bezog (vorstehend Erw. 3.10). Entgegen seiner Behauptung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 12) gibt es diesbezüglich nichts Weiteres zu klären.

4.6 Zusammengefasst ergibt sich, dass die angefochtenen Rentenzusprachen nicht zu beanstanden sind und der vom Beschwerdeführer geltend gemachte Anspruch nicht ausgewiesen ist.

Somit sind die Beschwerden abzuweisen.

5. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG für die beiden Verfahren sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Jiri Mischa Mensik

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage von Kopien der Urk. 15-17

- 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).

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.