

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00032 vom 28. September 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00032

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00032 du 28 septembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00032 del 28 settembre 2010

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete die Verfügung vom 10. Dezember 2008 im Wesentlichen damit, dass die Versicherte aufgrund der Abklärung vor Ort als Teilerwerbstätige zu qualifizieren sei (80 % Erwerbstätig, 20 % Haushalt), wobei im Haushaltbereich eine Einschränkung von 18 % gegeben sei. Gemäss MEDAS Gutachten bestehe im Erwerbsbereich unter Berücksichtigung der rheumatologischen und psychiatrischen Diagnosen in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, in leidensangepasster Tätigkeit bestehe hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Der unter Vornahme des Einkommensvergleichs errechnete IV-Grad betrage 32.4%, woraus kein Anspruch auf eine IV-Rente resultiere (Urk. 2).

2.2 Die Versicherte lässt dagegen im Wesentlichen geltend machen, entgegen der im Gutachten vorgenommenen psychiatrischen Einschätzung gingen die behandelnden Ärzte, namentlich der behandelnde Psychiater, von einer rezidivierenden depressiven Störung aus. Da in psychiatrischer Hinsicht verschiedene Diagnosen mit unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit vorliegen, sei eine Oberexpertise anzuordnen. Alsdann sei beim Einkommensvergleich - entgegen der Berechnung der IV-Stelle - vom Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug in Höhe von 25 % zu gewähren (Urk. 1). In ihrer Eingabe vom 27. Juli 2010 lässt die Versicherte unter Hinweis darauf, dass sie nun zusätzlich unter einer Drüsenkrebserkrankung leide, eine erneute Begutachtung sowie die Zusprache einer ganzen Rente ab 1. Juli 2009 beantragen (Urk. 11).

E. 3

3.1 Zwischen den Parteien ist nicht streitig, dass die Versicherte als Teilerwerbstätige (80 % Erwerbstätig, 20 % Haushalt) zu gelten hat und folglich die Invalidität aufgrund der gemischten Methode zu bemessen ist. Ebenfalls nicht beanstandet wird die im Rahmen der Haushaltsabklärung ermittelte Einschränkung im häuslichen Aufgabenbereich von 18 %. Strittig ist hingegen die Ermittlung der Invalidität im Erwerbsbereich, wobei in medizinischer Hinsicht das psychiatrische Teilgutachten beanstandet wird.

3.2 Die Versicherte war in der Zeit vom 8. - 25. Februar 2005 im C.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, zur stationären Behandlung hospitalisiert. In ihrem Austrittsbericht vom 2. März 2005 erhoben die verantwortlichen Ärzte folgende Diagnosen: PHS (Periartropathia Humeroscapularis) calcarea beidseits mit Bursitis rechts, bei Mikro- und Makroverkalkungen der Supraspinatussehne beidseits, panvertebrales Syndrom mit lumbo- und cervikospondylogem Syndrom beidseits. Sie

bezeichneten die Versicherte in ihrer Tätigkeit als Seviceangestellte bis am 13. März 2005 als halbtags arbeitsfähig, danach könne die Arbeitsfähigkeit je nach klinischen Verlauf mit paralleler Fortführung der ambulanten Therapie schrittweise gesteigert werden (Urk. 7/21 S. 21).

3.3 Die D.____, wo sich die Versicherte vom 13. bis 24. Dezember 2005 in stationärer Behandlung befunden hatte, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 3. Februar 2006 zuhanden der IV-Stelle mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine unklare Schulterschmerzsymptomatik (M79.61), DD: Verkalkung (PHS), einen dringenden Verdacht auf eine somatoforme Komponente mit fibromialgieformen Schmerzen sowie eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte bis mittelgradige Episode. Die verantwortlichen Ärzte führten im Wesentlichen aus, im Verlauf der Hospitalisation und der durchgeführten interdisziplinären Therapie sei es zu einer deutlichen Stimmungsaufhellung gekommen und Verbesserung des Schlafes. Die Versicherte sei vermehrt arbeitsfähig, soziale Kontakte aufzubauen und motiviert, ein ambulantes Programm weiterzuführen. Die geschilderte Schmerzsymptomatik lasse sich aufgrund der Inkonstanz der Beweglichkeit nicht mit der umschriebenen Schulterläsion oder eine Verkalkungsproblematik der Schulterweichteile vereinbaren, es sei von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Zur definitiven Prognose der Arbeitsfähigkeit könne derzeit keine endgültige Stellung genommen werden. Für die Zeit der Hospitalisation bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 7/14, vgl. auch im Wesentlichen gleichlautend der Austrittsbericht vom 6. Juni 2006 an Dr. E.____ Urk. 7/21 S. 6).

3.4 Dr. med. E.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welcher sich die Versicherte in der Zeit von 1. November 2005 bis 12. Januar 2006 in Behandlung befand, erhob in ihrem Bericht vom 7. Februar 2006 zuhanden der IV-Stelle folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:
"Schulterschmerzsymptomatik, Magenschmerzen, Müdigkeit morgens, rezidivierende depressive Störung, Status nach Ovarrektomie links, Hysterektomie 1997
Gebärmutterkarzinom, Status nach 2x Ohrenoperation, Schwerhörigkeit 1982". Sie bezeichnete die Versicherte seit 20. April 2005 als vollständig arbeitsunfähig und gab an, die Arbeitsfähigkeit in einer Verweigerung sei momentan noch nicht beurteilbar (Urk. 7/13).

3.5 Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie sowie seit dem Jahr 2002 Hausarzt der Versicherten, erhob in seinem Bericht vom 5. Mai 2006 zuhanden der IV-Stelle folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: generalisierte Fibromyalgie mit betontem Schulter-Arm-Schmerz mehr rechts als links, Cephalaea, zunehmend seit 2004, DD: cervikogen bei Osteochondrose C4/5 und C5/6, PHS tendopathica, eine sekundär sich entwickelte Depression seit 2004 progredient, sowie eine rezidivierende Gastritis, seit mind. 5 Jahren auftretend; als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine seit 1980 bestehende Schwerhörigkeit. Dr. F.____ bezeichnete die Versicherte als seit dem 7. Januar 2005 als vollständig arbeitsunfähig, auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar (Urk. 7/21).

3.6 In dem zuhanden des Rechtsvertreters der Versicherten erstellten Bericht vom 16. November 2006 erhob der aktuell behandelnde Psychiater Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer schwer

depressiv-Ängstlich-hypochondrisch-hysteriformen Entwicklung bei Schmerzverarbeitungsstörung und konsekutiver Kündigung der Arbeitsstelle, mit progredientem Rückzug in die Isolation, wahrscheinlich Tendenz zur Fixierung und allenfalls Chronifizierung, sowie eine Anpassungsstörung (ICD-10; F43.22-24), als Differentialdiagnose erhob er eine beginnende Persönlichkeitsveränderung (Persönlichkeitsstörung) vom Ängstlich-vermeidenden und abhängigen, allenfalls auch histrionischen Typus (ICD-10: F60.4-6) und bezeichnete die Versicherte seit mindestens einem Jahr in der freien Wirtschaft als zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/38).

Am 5. und 7. März 2008 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle im B. polydisziplinär (rheumatologisch, internistisch und psychiatrisch) untersucht. Im Gutachten vom 5. Mai 2008 erhoben die verantwortlichen Fachärzte aufgrund der durchgeführten Untersuchungen und angefertigten Röntgenbildern, unter Berücksichtigung der medizinischen Vorakten sowie gestützt auf die am 10. April 2008 erfolgte interdisziplinäre Konsensbesprechung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronische Schulterschmerzen (ICD-10.M75.4) rechts bei/mit
- chronische Rotatorenmanschetten-Tendopathie rechts, klinisch Verdacht auf Impingement-Symptomatik, radiologisch diskreter Humeruskopfhochstand und geringe Sehnenansatzverkalkungen,
2. Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.2) mit rechtsseitig ausgeprägten Muskelverspannungen und Muskeldolenz bei/mit
- radiologisch leichten Osteochondrosen C4/5 und C5/6 mit diskreten Bandscheibenprotrusionen (MRI 01/2005)
- klinisch nur geringe Bewegungseinschränkung der HWS
3. Hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2)
4. Leichtes chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5)
5. Beginnende mediale Gonarthrose rechts (ICD-10: M17.1), klinisch nicht auszuschliessen bei/mit
medialen periarthropatischen Weichteildolenz
6. Tendovaginitis stenosans am Zeigefinger beidseits (ICD-10: M20.0) (symptomatische Ringbandstenose)

In rheumatologischer Hinsicht führten die verantwortlichen Ärzte zusammenfassend aus, aufgrund der Vorbefunde, der aktuellen Radiologie und des im Rahmen der Begutachtung zu erhebenden klinischen Bildes könne eine schwerere Pathologie der rechten Schulter weitgehend ausgeschlossen werden. Jedoch lägen sowohl im Bereich der rechten Schulter als auch beginnend im Kniebereich und im Bereich der beiden Zeigefinger degenerative Veränderungen vor, die zu Einschränkungen in der Belastbarkeit führten. Aus muskuloskelettärer Sicht sei die Versicherte für ihre bisherige Tätigkeit im Service nicht mehr arbeitsfähig. Für eine körperlich leichte Verweistätigkeit, die ohne repetitives Heben, ohne Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 3 bis 5 kg und ohne signifikant überkopf oder gebückt zu verrichtende

Tätigkeiten ausgeübt werden könnte, bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Diese (formal-theoretische) Einschätzung sei hochdiskrepant zur Eigeneinschätzung der Explorandin wie auch derjenigen des behandelnden Rheumatologen Dr. F. ___; aus rheumatologischer Sicht sei die de facto Invalidisierung allein aufgrund der zu erhebenden rheumatologischen Befunde jedoch nicht hinreichend erklärbar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In psychiatrischer Hinsicht sei bei der aktuellen psychiatrischen Exploration die ängstlich-depressive Grundstimmung im Rahmen der hypochondrischen Störung klar im Vordergrund gestanden. Die Versicherte habe sich bei dem psychiatrischen Gespräch wenig mitteilend gezeigt und vollumfänglich auf ihre aktuelle Problematik eingeeignet. Zudem beständen Befürchtungen, sie sei ernsthaft erkrankt, dies trotz aller unauffälligen somatischen Abklärungen. Die Tatsache, dass die Versicherte schon seit längerem keiner geregelten Tätigkeit mehr nachgehe und ihr eine entsprechende Tagesstruktur fehle, begünstige den sozialen Rückzug. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Reintegration in das Arbeitsleben unbedingt wünschenswert, müsste aber realistischere Über ein Arbeitstraining erfolgen. Inwieweit die aus psychiatrischer Sicht formal-theoretisch bestehende Arbeitsfähigkeit von 70 % bis 80 % wieder erreicht werden könne, bleibe in Anbetracht der Gesamtsituation fraglich (Urk. 7/71 S. 14 ff.).

3.8 Ä Ä Ä Ä Dr. G. ___ führte in seiner Stellungnahme vom 5. Juli 2008 zum Gutachten der B. ___ unter Hinweis auf die in den medizinischen Vorakten gestellten Diagnosen im Wesentlichen aus, in psychiatrischer Hinsicht sei im Längsschnitt die Hypothese einer rein hypochondrischen Störung mit geringem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht haltbar. Das Gutachten werde dem Leiden der Versicherten nicht gerecht, vielmehr sei deren Belastbarkeit ausserst gering, die Arbeitsunfähigkeit betrage in der freien Wirtschaft 100% (Urk. 7/76).

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4.1 Ä Ä Ä Ä Zwar kann die vom psychiatrischen Gutachter des B. ___ (ausschliesslich) erhobene Diagnose einer hypochondrischen Störung insoweit nachvollzogen werden, als er die Versicherte in der Beurteilung unter anderem als "auf die aktuelle Problematik eingeeignet" erachtet und feststellt, diese habe trotz aller unauffälligen somatischen Abklärungen insbesondere die Befürchtung, ernsthaft krank zu sein (Urk. 7/71, S. 37). Der begutachtende Psychiater hatte die Versicherte aufgrund seiner Exploration jedoch (auch) affektiv als depressiv herabgestuft, zukunfts- und perspektivlos mit vorherrschender Anhedonie und Adynamie bezeichnet, die - bei starkem sozialen Rückzug - keinerlei Freude mehr in ihrem Leben habe (Urk. 7/71 S. 37) und ausgeführt, bei der aktuellen Exploration stehe eindeutig die ängstlich-depressive Grundstimmung im Vordergrund (Urk. 7/71 S. 38). Vor diesem Hintergrund und nachdem sämtliche im Gutachten aufgeführten medizinischen Vorakten verschiedene Diagnosen enthalten, welche auf eine affektive Störung und/oder Somatisierungsproblematik hinweisen (Urk. 7/71 S. 34 f), leuchtet die - weitgehend ohne Auseinandersetzung mit diesen Vorakten sowie den eigenen Explorationsbefunden - erhobene Diagnose nicht ohne Weiteres ein. Dies gilt vorliegend um so mehr, als sich gemäss offizieller ICD-klassifikatorischer Umschreibung im Falle einer hypochondrischen Störung häufig Depressionen und Ängste finden, die eine zusätzliche Diagnose rechtfertigen können, weshalb für die Erhebung der Diagnose einer hypochondrischen Störung die Differenzierung von depressiven Störungen,

Somatisierungsstörungen und wahnhaften Störungen wesentlich ist (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 6. vollständig überarbeitete Auflage, S. 202 und 203). Nachdem überdies auch die gutachterliche Angabe der Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 20-30 % nicht näher begründet wird und daher auch nicht ohne Weiteres prüfend nachvollzogen werden kann, vermag das Gutachten in psychiatrischer Hinsicht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an einen beweiskräftigen medizinischen Bericht (vgl. Erw. 1.4) nicht zu genügen. Anzumerken ist, dass - entgegen dem Vorgehen der IV-Stelle - auf diese Angaben ohnehin nicht unbesehen abgestellt werden konnte. So gilt im Zusammenhang mit der hypochondrischen Störung zusätzlich zu berücksichtigen, dass sie (jedenfalls aus rechtlicher Sicht) im Grenzbereich des Krankheitswertigen anzusiedeln ist (Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2008, 9C-750/2007) und sie als Krankheitsbild rechtlich dem gleichen Syndromenkomplex zuzurechnen ist, wie die somatoforme Schmerzstörung (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2009, 9C_170/2009, Erw. 2.2, unter Hinweis auf Urteil vom 14. April 2008, I 70/07, Erw. 5), und somit nicht ohne Weiteres invalidisierend ist.

4.2 Für die Frage, wie es sich mit dem psychischen Gesundheitszustand sowie der Arbeitsfähigkeit der Versicherten im hier interessierenden Zeitraum (ab Januar 2005) verhält, kann indes auch nicht auf die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. G. abgestellt werden, gilt doch zu berücksichtigen, dass nach der Rechtsprechung Berichte der behandelnden Ärzte, namentlich auch der therapeutisch tätigen Psychiater mit deren besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2008, 9C_176/2008 mit Hinweisen) grundsätzlich mit Vorbehalt zu wärdigen sind (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Da für die Beantwortung der Frage, ob ein psychisches Leiden mit Krankheitswert vorliegt und dieses Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, rechtsprechungsgemäss ein fachärztlich-psychiatrisches Gutachten und eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem erforderlich ist (AHI 2000 S. 159 Erw. 4b; BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6), genügt auch die übrige medizinische Aktenlage nicht. Der Bericht von Dr. E. als einzig weitere (psychiatrische) Fachperson bietet hierfür schon daher keine genügende Grundlage, als Dr. E. angab, sie könne die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (jedenfalls im damaligen Zeitpunkt) noch nicht beurteilen, und der Bericht dementsprechend keine Angaben enthält.

4.3 Nach dem Gesagten vermag sich die Verfügung der IV-Stelle vom 10. Dezember 2008 auf keine in jeder Hinsicht zuverlässige medizinische Grundlage zu stützen. Sie ist daher aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ergänzende - den rechtsprechungsgemässen Erfordernissen genügende sowie über den gesamten hier interessierenden Zeitraum Auskunft gebende - fachärztliche Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht vornehme und danach - unter Berücksichtigung sowohl der somatischen wie auch psychiatrischen Aspekte - über den Rentenanspruch der Versicherten neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

4.4 Bleibt anzumerken, dass die mit Eingaben vom 8. Juli 2009 und 27. Juli 2010 eingereichten weiteren Unterlagen des C., Dept. Chirurgie, Klinik für Thoraxchirurgie, im vorliegenden Verfahren nicht zu wärdigen sind. So betreffen diese

ein medizinisches Geschehen, welches ausserhalb des vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraums (bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 10. Dezember 2008 endet) liegt. Dass diese Berichte Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlaubten, ist nicht ersichtlich und wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 10. August 2009, 9C_136/2009, Erw. 2.5 mit Hinweisen).

5. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (§ 61 lit. g ATSG, in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Bei diesem Ausgang werden das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege sowie Beigabe eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes gegenstandslos.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 10. Dezember 2008 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über den Anspruch auf eine Invalidenrente neu verfährt.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- 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. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hans Stäni

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 9-10 und Urk. 11-12

- 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.