

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00062 vom 21. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00062

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00062 du 21 juin 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00062 del 21 giugno 2010

Erwägungen

E. 3

3.1. Dr. med. Y. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin, und Dr. med. Z. ____, Chefarzt, Kantonsspital A. ____, stellten im MEDAS-Gutachten vom 9. Januar 1998 (Urk. 10/32) folgende Diagnosen (S. 10 Ziff. 3):

- Hauptdiagnosen (mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit):
 - Somatisierungsstörung
 - unklare anfallsartige Störungen, differentialdiagnostisch: sekundär generalisierte epileptische Anfälle, kardiale Ursache
- Nebendiagnosen (ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit):
 - Verdacht auf arterielle Hypertonie
 - Hypercholesterinämie
 - anamnestisch einmalige vegetative Synkope
 - mögliche Teiltraktur der Supraspinatussehne rechts
 - Spondylolyse Th9-11

In seinem Bericht vom 8. Dezember 1997 (Urk. 10/31) führte der Konsiliargutachter, Dr. med. B. ____, aus, anlässlich der Untersuchung vom 10. November 1997 habe keine schwerwiegende psychische Erkrankung des Beschwerdeführers im Sinne einer Psychose, einer schweren Depression, eines hirnrorganischen Syndroms oder einer Suchterkrankung festgestellt werden können. Die körperlichen Beschwerden seien aber sichtlich psychisch überlagert. Die Symptomatik sei dabei so ausgeprägt und speziell, dass von einer Somatisierungsstörung gesprochen werden müsse (S. 4 unten). In der Persönlichkeit zeige der Beschwerdeführer gewisse depressive Züge. Er sei aggressionsgehemmt und leide zudem unter Stimmungsschwankungen (S. 5 Mitte).

Nach Ansicht des Konsiliargutachters, Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, seien die Beschwerden im Bewegungsapparat als allfänglich zu bezeichnen und hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/32 S. 10 oben).

Zusammenfassend hielten Dr. Y. ____, und Dr. Z. ____, fest, angesichts eines normalen neurologischen Befundes, unter Berücksichtigung der Anamnese, der schon vorliegenden normalen craniocerebralen Magnetresonanztomographie und eines neu erstellten Elektroenzephalogramms könne die Diagnose einer Epilepsie eher, wenn auch

nicht mit absoluter Sicherheit, verneint werden. Kardiologisch können weder eine kardiale Ursache der geschilderten kurzfristigen Anfälle noch eine vegetative Synkope ausgeschlossen werden. Die vom Beschwerdeführer geschilderten längeren Minutenanfänge liessen sich jedoch kaum erklären (S. 11 Mitte).

Unter Berücksichtigung des psychiatrischen Bildes und der selten auftretenden kurzdauernden Bewusstseinsstörungen sei der Beschwerdeführer für die bisher ausgeübte Tätigkeit auf dem Bau (Besteigen und Begehen von Gerüsten und Leitern sowie in ähnlichen Tätigkeiten) nicht mehr arbeitsfähig. Ebenso sei ihm das Lenken eines Motorfahrzeuges nicht mehr möglich (S. 12 oben). Für Tätigkeiten ohne eine derartige Exposition müsse insgesamt eine um 40 % verminderte Arbeitsfähigkeit angenommen werden - dies unter Berücksichtigung allfälliger Arbeitsunterbrüche durch die Anfälle nebst dem psychiatrischen Leiden. Sollte die Anfallfrequenz zunehmen, habe eine neue Beurteilung zu erfolgen (S. 12 Mitte).

3.2 In seinem Bericht vom 29. Oktober 2003 (Urk. 10/59) nannte Dr. med. D., Facharzt FMH für Innere Medizin, bei dem der Beschwerdeführer seit Juni 1999 in Behandlung ist (lit. D.1), als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Temporallappenepilepsie, eine Depression, ein chronisches cervico-lumbospondylogenes Syndrom sowie eine chronische Periarthritis humero-scapularis rechts. Daneben stellte er eine arterielle Hypertonie fest, die sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (lit. A). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit November 1994 dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig (11/59 lit. B).

3.3 Im Bericht vom 21. März 2005 (Urk. 11/78/7-8) stellten Dr. med. E., Assistenzärztin, und Dr. med. F., Oberarzt, Neurologische Klinik und Poliklinik, Universitätsspital M. (M.), folgende Diagnosen (S. 1):

- rezidivierende Episoden mit möglichem Bewusstseinsverlust, Zittern, nausea und Schweissausbruch mit/bei:

- unklarer Ätiologie

- Stress-/schmerzgetriggert

- differentialdiagnostisch: im Rahmen der früher diagnostizierten Temporallappenepilepsie vasovagale Phänomene

- Kopfschmerzen, am ehesten vom Spannungstyp mit/bei:

- Verdacht auf Analgetika-induzierte Komponente

- zervikozephalales Schmerzsyndrom

- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom

- arterielle Hypertonie

Im Vergleich zur letzten Untersuchung vor zwei Jahren sei insgesamt von einer unveränderten Problematik auszugehen. Die rezidivierenden, ätiologisch noch unklaren absenzartigen Episoden liessen sich im Rahmen der vermuteten Temporallappenepilepsie erklären, doch seien differentialdiagnostisch auch vasovagal getriggerte Phänomene möglich. Die Rückenschmerzen würden ätiologisch am ehesten einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom entsprechen. Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom oder auf eine Myelopathie bestanden nicht. Der

morgendliche TrÄ¼mmel bleibe unklar (S. 2 unten). Zur ArbeitsfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers Ä¼usserten sich Dr. E.____ und Dr. F.____ nicht beziehungsweise erwÄ¼hnten einzig Ä¼60 % IV-Rente". Es bestehe bis auf Weiteres ein Autofahrverbot (S. 1 unten).

3.4Ä¼Ä¼Ä¼ Dr. D.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 30. Juni 2006 (Urk. 10/90 = Urk. 10/124 = Urk. 3/4) ergÄ¼nzend eine reaktive Depression mit AngstzustÄ¼nden. Aufgrund der bekannten Beschwerden bestehe fÄ¼r leichte, wechselbelastende TÄ¼tigkeiten ohne Arbeiten Ä¼ber Kopf und ohne Heben von Gewichten von mehr als 5 bis 6 kg noch eine ArbeitsfÄ¼higkeit von maximal 10 bis 20 %.

3.5Ä¼Ä¼Ä¼ Am 14. Juli und am 12. September 2006 fanden im Medizinischen Zentrum G.____ zwei VorgesprÄ¼che statt. In ihrem Bericht vom 26. Oktober 2006 (Urk. 10/96 = Urk. 10/122 = Urk. 3/3) nannten Dr. med. H.____, Facharzt FMH fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. I.____, Klinischer Psychologe und Supervisor, als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode, eine anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rzung, ein zervicozephal und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom sowie eine arterielle Hypertonie (S. 1). Zur ArbeitsfÄ¼higkeit hielten Dr. H.____ und Dr. I.____ fest, der BeschwerdefÄ¼hrer kÄ¼nne wÄ¼hrend je zwei Stunden pro Tag sitzen oder gehen. Konzentrieren sei wÄ¼hrend drei bis vier Stunden pro Tag mÄ¼glich. Im Alltag sei es ihm mÄ¼glich, Gewichte bis zirka 5 kg zu heben. Zudem kÄ¼nne er einkaufen oder kochen. Hingegen ertrage der BeschwerdefÄ¼hrer keinen Stress und keinen Publikumsverkehr. Staubsaugen, Waschen oder das Verrichten schwerer Arbeiten seien ebenfalls nicht mÄ¼glich.

Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei der BeschwerdefÄ¼hrer im Moment wegen der chronifizierten Schmerzen und der daraus entstandenen Depression zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig. Im Falle der Nichtbehandlung sei mit einer weiteren Chronifizierung zu rechnen. Der BeschwerdefÄ¼hrer sei wÄ¼hrend acht Wochen im Medizinischen Zentrum G.____ zu behandeln. Anschliessend sei eine Behandlung bei einem serbisch sprechenden Psychiater bei gleichzeitiger Teilnahme an einer Gruppentherapie in serbischer Sprache sowie eine orthopÄ¼dische Behandlung und eine Physiotherapie zu empfehlen (S. 2).

3.6Ä¼Ä¼Ä¼ In einem Bericht vom 24. April 2007 (Urk. 10/123 = Urk. 3/2) fÄ¼hrte Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH fÄ¼r Ä¼Chirurgie, WirbelsÄ¼ulenleiden, Schleudertrauma und orthopÄ¼dische TraumatologieÄ¼, aus, die wirbelsÄ¼ulenmedizinische AbklÄ¼rung habe degenerative VerÄ¼nderungen im Bereich der Hals- und der LendenwirbelsÄ¼ule ergeben. Da die Beschwerden belastungsabhÄ¼ngig seien, sei der BeschwerdefÄ¼hrer fÄ¼r mittelschwere und schwere Arbeiten permanent zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig. FÄ¼r leichte, wechselbelastende Arbeiten mit wahlweise Sitzen oder Stehen, ohne Ä¼berkopfarbeiten und Arbeiten in vornÄ¼bergeneigter Haltung sowie ohne Stressbelastung sei der BeschwerdefÄ¼hrer zu 50 % arbeitsfÄ¼hig. Zu vermeiden sei sodann das Heben schwerer Lasten, kurzfristig von mehr als 15 kg, lÄ¼ngerfristig von mehr als 4 kg (S. 1 f.).

3.7Ä¼Ä¼Ä¼ Am 5. September 2008 erstattete Dr. med. K.____, Innere Medizin FMH, und wiederum Dr. Z.____, Chefarzt MEDAS N.____, ein weiteres Gutachten (Urk. 10/116/1-19). Sie stÄ¼tzten sich auf die ihnen vorliegenden Akten (S. 3 ff.), ein orthopÄ¼disches Konsilium wiederum durch Dr. C.____ (S. 11; vgl. Urk. 10/116/27-30) und ein

psychiatrisches Konsilium durch Dr. med. L.____, Psychiatrie und Psychotherapie (S. 11 f.; vgl. Urk. 10/116/21-26).

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Sie stellten folgende Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die ArbeitsfÃ¤higkeit (S. 13 Ziff. 3.1):

- rezidivierende depressive StÃ¶rung, gegenwÃ¤rtig mittelgradige Episode
- anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung
- vordiagnostizierte rezidivierende Episoden mit mÃ¶glichem Bewusstseinsverlust (anamnestisch einmalige vegetative Synkope), Zittern, Nausea, Schweissausbruch unklarer Ãtiologie, stress-/schmerzgetriggert, DD: im Rahmen einer frÃ¼her diagnostizierten Temporallappen-Epilepsie, vasovagal
- Kopfschmerzen am ehesten vom Spannungstyp
- DD: Analgetika-induzierte Komponente
- chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom
- Osteochondrose C4-C6, Spondylose thorako-lumbal, Spondylarthrose der unteren LWS
- schmerzhafte BewegungseinschrÃ¤nkung der rechten Schulter
- mÃ¶gliche Supraspinatusdegeneration rechts

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die ArbeitsfÃ¤higkeit nannten sie eine arterielle Hypertonie, Ãbergewicht und einen rezidivierenden produktiven Husten (S. 13 Ziff. 3.2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Zur ArbeitsfÃ¤higkeit hielten sie fest, fÃ¼r die bis 1994 ausgeÃ¼bten TÃ¤tigkeiten auf dem Bau werde, wie bereits vorgÃ¤ngig attestiert, von einer vollen ArbeitsunfÃ¤higkeit ausgegangen (S. 18 Ziff. 5.1).

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Psychiatrischerseits werde eine ArbeitsunfÃ¤higkeit im Umfang von 50 % attestiert. OrthopÃ¤discherseits wÃ¼rden qualitative EinschrÃ¤nkungen, begrÃ¼ndet durch degenerative VerÃ¤nderungen der LendenwirbelsÃ¤ule, formuliert: Es sollten nicht wiederholt Lasten Ã¼ber 10 kg gehoben werden. Wegen der mÃ¶glichen Schulterpathologie (rechts dominant) dÃ¼rften keine Ãberkopparbeiten vorkommen, wegen der HalswirbelsÃ¤ule kÃ¶nnten keine Zwangshaltungen in Reklination oder Inklination des Kopfes erfolgen. Bei solcher Art adaptierten TÃ¤tigkeiten werde ein vollschichtiger Einsatz als mÃ¶glich erachtet. ZusÃ¤tzlich zu berÃ¼cksichtigten seien aus somatischer Sicht die unklaren Schwindelepisoden, die grundsÃ¤tzlich das Begehen von ungesicherten GerÃ¤sten, Leitern, Ã¼berhaupt TÃ¤tigkeiten mit Sturzgefahr, verunmÃ¶glichten, ebenso das Bedienen von Maschinen mit der Gefahr von Fremd-/Selbstverletzung. PolydisziplinÃ¤r werde von einer um rund 50 % verminderten ArbeitsfÃ¤higkeit auch fÃ¼r adaptierte ErwerbstÃ¤tigkeiten ausgegangen. Die Verschlechterung sei psychiatrischerseits dokumentiert und gÃ¼ltig seit spÃ¤testens Juli 2006. Somatischerseits sei keine relevante Verschlechterung der ArbeitsfÃ¤higkeit seit Mai 2006 beziehungsweise Februar 2007 festzustellen (S. 18 Ziff. 5.2).

E. 4

4.1 Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin fÃ¼llte den angefochtenen Entscheid auf der Grundlage des 2008 erstatteten MEDAS-Gutachtens. Der BeschwerdefÃ¼hrer wandte

dagegen zur Hauptsache ein, in anderen ärztlichen Beurteilungen werde seine Arbeitsfähigkeit niedriger veranschlagt als im Gutachten; sein weiterer Einwand, der Einfluss der von ihm aufgezählten Krankheiten sei sicherlich grösser als 60 %, ist eine nicht-medizinische (Selbst-) Einschätzung, die nicht zur Entscheidungsfindung beizutragen vermag.

4.2 Es trifft zu, dass sowohl der Hausarzt als auch der behandelnde Psychiater Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit getätigt haben, die weit tiefer ausfielen als diejenigen im Gutachten.

Sie waren den Gutachtern bekannt und sind von ihnen angeführt und berücksichtigt worden, und sind deshalb nicht geeignet, das Gutachten in Frage zu stellen. Sie sind sodann - ohne vertiefte Begründung - derart niedrig ausgefallen, dass sie als nicht nachvollziehbar bezeichnet werden müssen; sie sind nicht objektivierte, neutrale Einschätzungen, sondern recht eigentlich exemplarisch dafür, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer Vertrauensposition mitunter geneigt sind, sich zugunsten ihrer Patienten äussern (vgl. BGE 125 V 353 Erw. 3b/bb).

Die genannten Berichte lagen bereits vor, als 2007 das Rückweisungsurteil des hiesigen Gerichts erging. Damals wurden sie vom Gericht also nicht als taugliche Entscheidungsgrundlage erachtet, und es ist kein Grund ersichtlich, warum sie es vorliegend sein könnten oder sollten.

Das MEDAS-Gutachten von 2008 dagegen erfüllt alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend Erw. 1.4) vollumfänglich, so dass darauf abzustellen ist.

4.3 Der medizinische Sachverhalt ist somit, gestützt auf das MEDAS-Gutachten, dahin gehend erstellt, dass (bei geänderter gesundheitlicher Situation) früher - näher umschriebene - leidensangepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % besteht.

Ä Auf dieser Grundlage hat die Beschwerdegegnerin die Invaliditätsbemessung vorgenommen. Dazu hat der Beschwerdeführer - dessen Kritik sich ausschliesslich gegen die gutachterliche Beurteilung richtete - keine Einwände erhoben. Es sind auch nach Lage der Akten (vgl. Urk. 10/119/3) keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche die Invaliditätsbemessung als unrichtig erscheinen liessen. Es ist deshalb davon abzusehen, sie vorliegend in der entsprechenden Breite noch einmal darzulegen.

4.4 Es bleibt zusammenfassend festzustellen, dass gemäss der Beurteilung im Gutachten von 2008 und der darauf fussenden Invaliditätsbemessung ein Invaliditätsgrad (von 62 %) besteht, der - unverändert - Anspruch auf eine Dreiviertelsrente gibt.

Ä Die angefochtene Verfügung ist mithin nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge bewilligter unentgeltlicher Rechtspflege einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, wobei der Beschwerdeführer auf Art. 92 der Zivilprozessordnung (ZPO) hinzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- 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).

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.