

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00264 vom 9. September 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-09-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00264](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00264)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00264 du 9 septembre 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00264 del 9 settembre 2010

## Erwägungen

### E. 4

4.1 Wegen unklarer pectoraler und Schulterschmerzen links wurde der Beschwerdeführer in der Universitätsklinik B. im März 2006 rheumatologisch (Urk. 18/74 = Urk. 5/4, Urk. 18/76) und im September 2006 neurologisch abgeklärt (Urk. 18/75).

Am 31. Juli 2006 wurde der Beschwerdeführer in Skopje wegen einer Angina pectoris mit einem Stenting behandelt (Urk. 18/70 S. 1 unten) und am 25. August 2006 im Stadtspital C. nachkontrolliert. Im entsprechenden Bericht (Urk. 18/70 = Urk. 18/71) wurde ausgeführt, seit dem Ende Juli 2006 erfolgten Eingriff verspüre der Beschwerdeführer, der im Alltag primär durch die invalidisierenden Schulter- und Armschmerzen links behindert sei, keine pectanginösen Beschwerden mehr (S. 2 Mitte).

4.2 Vom 30. Oktober bis 2. November 2006 weilte der Beschwerdeführer nach notfallmässiger Selbsteinweisung stationär im Spital D. (Urk. 18/55 = Urk. 18/56), wo gemäss Austrittsbericht folgende, hier gerafft aufgeführte, Diagnosen gestellt wurden (S. 1 Mitte):

- Thoraxschmerzen links mit Ausstrahlungen in linke Schulter und Hand
- koronare Herzkrankheit
- arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- chronische muskuloskelettale Rücken- und Thoraxschmerzen
- gastroösophageale Refluxkrankheit mit Refluxösophagitis
- Depression mit Verdacht auf Somatisierungsstörung und pathologische Schmerzverarbeitung

Die Situation sei als Thoraxwandschmerz zu beurteilen, wobei am ehesten von einer funktionellen Ursache auszugehen sei. Bei den bekannten Leiden des Beschwerdeführers sei auch eine Somatisierungsstörung wahrscheinlich. Für eine kardiale Ursache der aktuellen Beschwerden ergäben sich keine Hinweise (S. 1 unten).

4.3 Eine am 14. Februar 2007 erstellte Skelettszintigraphie ergab unter anderem eine mässig aktiv degenerative Sklerose humeroscapulär beidseits und der AC-Gelenke (Urk. 18/51).

Bei der Nachkontrolle des Beschwerdeführers im Stadtspital C.\_\_\_\_ am 1. März 2007 wurde nach am 22. Februar 2007 erfolgter Myokardszintigraphie (Urk. 18/73) festgehalten, er sei von Seiten des Herzens beschwerdefrei (Urk. 18/59 S. 2 oben).

Am 7. Juni 2007 suchte der Beschwerdeführer wegen erneuter Angina pectoris das Stadtspital C.\_\_\_\_ auf (Urk. 18/63), wo er vom 13. bis 14. Juni 2007 hospitalisiert war (Urk. 18/64 = 18/65-66) und in kardiopulmonal kompensiertem Zustand entlassen wurde (S. 1 Mitte). Am 20. Juni 2007 wurde eine weitere Myokardszintigraphie erstellt (Urk. 18/69).

Am 22. Juni 2007 wurde der Beschwerdeführer nach notfallmässiger Selbsteinweisung im Spital D.\_\_\_\_ wegen einer hypertensiven Entgleisung mit Pulsieren im Ohr und Thoraxschmerzen und einem entgleisten Diabetes mellitus ambulant behandelt (Urk. 18/57).

Bei einer Kontrolle am 21. September 2007 im Stadtspital C.\_\_\_\_ beklagte der Beschwerdeführer unverändert thorakale Schmerzen und eine anstrengungsabhängige Dyspnoe (Urk. 18/72), worauf er vom 2. bis 3. Oktober 2007 hospitalisiert wurde (Urk. 18/60 = 18/62) und am 2. Oktober 2007 eine Herzkatheteruntersuchung erfolgte (Urk. 18/61).

Am 20. Dezember 2007 berichtete Dr. med. lic. phil. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, über ihre seit November 2004 stattfindende Behandlung des Beschwerdeführers (Urk. 18/53). Als Diagnose nannte sie eine mittelgradige depressive Episode im Sinne einer depressiven Entwicklung seit Einsetzen der kardialen Problematik im März 2004 (S. 1 Mitte). Es sei seither trotz hochdosierter antidepressiver Medikation eine Chronifizierung des depressiven Zustandsbilds auf einem mittelgradigen Niveau eingetreten (S. 2).

Am 3. März 2008 erfolgte eine weitere Kontrolle im Stadtspital C.\_\_\_\_ (Urk. 18/88/13-15), dies wegen erneutem pectoralem Druckgefühl (S. 2 unten), worauf eine Szintigrafie in Aussicht genommen wurde (S. 3 oben), die am 6. März 2008 erfolgte und gemäss Bericht vom 11. März 2008 (Urk. 18/88/9-10) ergab, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden nicht auf eine belastungsinduzierte Ischämie zurückgeführt werden konnten (S. 2 Mitte).

Am 17. März 2008 erfolgte im Spital D.\_\_\_\_, nach notfallmässiger Selbstzuweisung wegen Herzrasen und Dyspnoe, eine ambulante Behandlung (Urk. 18/88/11-12). Dabei fanden sich weder laborchemisch noch elektrokardiographisch Anhaltspunkte für ein erneutes koronar-ischämisches Geschehen (S. 2 oben).

Am 13. Juni 2008 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und FMH Rheumatologie, über die Behandlung des Beschwerdeführers (Urk. 18/88/1-6 = Urk. 5/5), diese erfolge seit 2002 (Ziff. 3.1). Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte sie aus, deren Beantwortung erscheine wohl sehr schwierig, Multidisziplinarität wäre von Vorteil, und verwies auf die bisherigen Akten und das Y.\_\_\_\_-Gutachten (Ziff. 5.2).

Am 11. November 2008 erstattete Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein Z.\_\_\_\_achten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 18/90). Dabei stützte er sich auf die ihm überlassenen Akten und seine Untersuchung

vom 28. Oktober 2008 (S. 1 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Wiedergabe der Angaben des Beschwerdeführers (S. 9 ff.) und der erhobenen Befunde (S. 12 f.) nannte der Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13 Ziff. 4.1):

- leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/1)
- hypochondrische Entwicklung (ICD-10 F45.2)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer weise eine bis Februar 2004 psychiatrischerseits vollständige prä-morbide Anamnese auf. Als er im Februar 2004 erstmals pectanginöse Beschwerden entwickelt habe, sei es offensichtlich zu einer erheblichen Fehlentwicklung gekommen (S. 13 unten). Im Rahmen dieser Fehlentwicklung sei es dann auch zu einer depressiven Symptomatik gekommen (S. 14 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers könne eine Grundstimmung vermutet werden, die leicht, vermutlich aber eher mittelgradig depressiv ausgeprägt sei. Die objektiven Untersuchungsbefunde könnten diesen Schweregrad nicht belegen (S. 14 Mitte). Aus objektiver Sicht könne lediglich eine leichte depressive Störung festgehalten werden. Da es sich unterdessen um einen chronifizierten Zustand handle, könne den Angaben des Beschwerdeführers mindestens teilweise Rechnung getragen werden, so dass insgesamt, unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers sowie der objektiven Untersuchungsbefunde, eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung diagnostiziert werden könne (S. 14 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der depressiven Störung bestehe eine Funktionseinbuße von 30 %. Die Auswirkung der hypochondrischen Entwicklung auf die Arbeitsfähigkeit verhalte sich dazu nicht additiv, sondern sei dabei berücksichtigt (S. 15 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der angestammten und in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, dies seit dem 1. März 2004 (S. 16 Ziff. 6-8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Vergleich mit dem Y.\_\_\_\_-Gutachten vom November 2005 ergebe keinerlei Diskrepanzen; die Untersuchungsergebnisse seien weitgehend identisch und es könnten dieselben Diagnosen und dieselbe Einschätzung der Arbeitsfähigkeit festgehalten werden (S. 17 unten).

4.7 Ä Ä Ä Ä Vom 28. November bis 4. Dezember 2008 war der Beschwerdeführer, nach notfallmäßiger Zuweisung durch seine Hausärztin, im Spital D.\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 18/96 = 18/98/3-4 = Urk. 5/3/4). Es wurde ein abdominaler Infekt unklarer Ursache diagnostiziert (S. 1 Ziff. 1) und von progredienten Angorbeschwerden berichtet (S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom 16. bis 17. Januar 2009 war der Beschwerdeführer im Stadtspital C.\_\_\_\_ hospitalisiert, wo am 16. Januar 2009 eine Koronarangioplastie durchgeführt wurde (Urk. 5/3/2). Die invasive Untersuchung ergab zwei signifikante Stenosen der rechten Koronararterie (RCA), die gestentet wurden, sowie sonst ein gutes Langzeitergebnis der (2004, 2005 und 2007) vorangegangenen Interventionen (Urk. 5/3/1 Mitte). Es wurden folgende, hier gerafft angeführte, Diagnosen gestellt (Urk. 5/3/1 oben):

- koronare Herzkrankheit

- Diabetes mellitus Typ 2
- chronisches Lumbovertebralsyndrom
- gastroösophagale Refluxkrankheit mit Refluxösophagitis
- Depression

Im Herzkatheterbericht vom 16. Januar 2009 (Urk. 5/3/3) wurde als Diagnose eine koronare Herzkrankheit aufgeführt (S. 2 oben) sowie folgende Nebendiagnosen / Risikofaktoren (S. 1):

- Lipidstoffwechselstörung, reine Hypercholesterinämie
- Adipositas
- Diabetes mellitus
- Hypertonie
- positive Familienanamnese für koronare Herzkrankheiten (KHK)

Am 8. Mai 2009 erfolgte in Skopje eine weitere Koronographie (Urk. 21 S. 1 unten) und am 11. Mai 2009 eine entsprechende Operation (Urk. 21 S. 2 Mitte).

Die Nachkontrolle am 16. November 2009 im Stadtspital C.\_\_\_\_ ergab im Vergleich zur Voruntersuchung im März 2008 unveränderte Verhältnisse (Urk. 23 S. 2 Mitte).

Vom 14. bis 28. Dezember 2009 war der Beschwerdeführer, nach notfallmäßiger Selbstzuweisung, wieder im Spital D.\_\_\_\_ hospitalisiert, dies zur Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren bei erhöhtem Blutdruck, gelegentlich auftretenden belastungsinduzierten Thoraxschmerzen und einem ungenügend kontrollierten Diabetes mellitus 2, wobei sich aus der im November 2009 erfolgten Szintigraphie keine Hinweise auf eine belastungsinduzierte koronare Perfusionsstörung ergeben hatten (Urk. 25 S. 1 unten).

## E. 5

5.1 In den seit Februar 2006 und bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (Februar 2009) erstatteten ärztlichen Berichten wurden die gleichen Diagnosen wie im Y.\_\_\_\_-Gutachten vom November 2005 gestellt und die gleichen Leiden beschrieben, nämlich eine koronare Herzkrankheit in Kombination mit kardiovaskulären Risikofaktoren (ungenügend eingestellter Diabetes, Adipositas, Hypertonie), eine Depression, chronische muskuloskelettale Rücken- und Thoraxschmerzen beziehungsweise ein chronisches Lumbovertebralsyndrom und eine Refluxösophagitis.

In den aktuelleren Berichten nicht mehr ausdrücklich erwähnt wurde das im Y.\_\_\_\_-Z.\_\_\_\_achten (vorstehend Erw. 3) und den Berichten aus dem Jahr 2006 (vorstehend Erw. 4.1) festgehaltene unspezifische Schulter-Armsyndrom links.

5.2 In psychiatrischer Hinsicht wurde sowohl im Y.\_\_\_\_-Gutachten im November 2005 (vorstehend Erw. 3) als auch vom Gutachter im November 2008 (vorstehend Erw. 4.6) eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Deckungsgleich ist auch die in diesem Zusammenhang attestierte Einschränkung von 30 %.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diesbezüglich sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche auf eine relevante gesundheitliche Verschlechterung und zusätzliche Verminderung der Arbeitsfähigkeit schliessen liessen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch der Hinweis des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 3 Ziff. 2) auf den Bericht der behandelnden Psychiaterin und die von ihr als mittelgradig taxierte Depression (vorstehend Erw. 4.4) führt zu keinem anderen Schluss. Einerseits setzte sich der psychiatrische Gutachter eingehend mit der Abgrenzung zwischen leichter und mittelgradiger Depression auseinander und begründete die von ihm gestellte Diagnose nachvollziehbar, andererseits äusserte sich die behandelnde Psychiaterin gar nicht zur - letztlich ausschlaggebenden - Arbeitsfähigkeit.

5.3 Ä Ä Ä Hinsichtlich der koronaren Herzkrankheit, wie sie im Y.\_\_\_\_-Gutachten diagnostiziert und bezüglich Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurde, wurde im Januar 2009 ein gutes Langzeitergebnis der vorangegangenen Interventionen festgehalten (vorstehend Erw. 4.7). Gleiches gilt - wenn auch nicht mehr den hier zu beurteilenden Zeitraum betreffend - sinngemäss für den im Januar 2009 und den im Mai 2009 erfolgten Eingriff, wie die Nachkontrolle im November 2009 ergab (vorstehend Erw. 4.8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diesbezüglich bestehen - anders, als vom Beschwerdeführer geltend gemacht (Urk. 1 S. 4 Ziff. 3) - keine Anhaltspunkte, dass sich insbesondere die Auswirkungen des Leidens auf die Arbeitsfähigkeit in relevanter Weise verändert hätten.

5.4 Ä Ä Ä Schliesslich wandte der Beschwerdeführer ein, es seien die Neben Diagnosen unberücksichtigt geblieben (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4). Als solche wurden in einem der Berichte die bestehenden kardiovaskulären Risikofaktoren wie namentlich Diabetes und Adipositas bezeichnet (vorstehend Erw. 4.7). Dabei handelt es sich um diagnostische Feststellungen, die bereits im Y.\_\_\_\_-Gutachten wie auch in den seitherigen ärztlichen Berichten gemacht wurden. Was es bezüglich zusätzlich zu berücksichtigen geben sollte, wurde vom Beschwerdeführer (abgesehen vom Hinweis auf das 2006 erwähnte chronische Schmerzsyndrom) nicht näher ausgeführt und ist nicht ersichtlich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass die Hausärztin im Juni 2008 bezüglich Arbeitsfähigkeit auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom November 2005 verwies (vorstehend Erw. 4.5), ist ein weiterer Hinweis auf weitgehend unveränderte Verhältnisse.

5.5 Ä Ä Ä Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt ist, dass im Vergleich zur ursprünglichen Leistungszusprache sowohl die Leiden des Beschwerdeführers als auch deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sich nicht in relevantem Masse verändert haben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der angefochtene Entscheid erweist sich mithin als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Ubaldo Bisegger

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage von Kopien der Urk. 20-25

- 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.