

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00450 vom 13. September 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-09-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00450

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00450 du 13 septembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00450 del 13 settembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen betreffend den Rentenanspruch (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) sowie den Einkommensvergleich (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG]) sind in der angefochtenen Verfügung zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann unter nachfolgender Ergänzung verwiesen werden.

1.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 2

2.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

2.2 Die Beschwerdegegnerin begründete ihren abweisenden Entscheid damit, ihre medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass bei vollschichtiger Präsenz für jede berufliche Tätigkeit mit moderater Arbeitsbelastung unter Vermeidung von häufigem Treppengehen, Kauern und Gewichtstragen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Dies ergebe unter Berücksichtigung eines Abzuges von 10 % vom Tabellenlohn einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 28 % (Urk. 2 S. 2).

2.3.1.1. Dem hielt der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Beurteilungen durch seinen Hausarzt sowie Dr. C. ___ entgegen, er leide unter einer mittelschweren depressiven Episode (ICD-10 F32.11) und einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) mit ausgeprägter Komorbidität, mehrjährigem Krankheitsverlauf bei progredienter Symptomatik und massiv eingeschränkter Möglichkeit willentlicher Schmerzüberwindung. Seine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit betrage mindestens 50 % bis 75 %. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 20 % resultiere ein Invaliditätsgrad von mindestens 60 % bis 75 %, womit er einen Anspruch auf eine ganze, eventuell auf eine Dreiviertelrente habe (Urk. 1 S. 5 f.)

E. 3.1

3.1.1.1. Dem Bericht von Hausarzt Dr. med. F. ___, Facharzt Allgemeinmedizin FMH, vom 25. Juni 2007 (Urk. 15/19) ist die Diagnose eines depressiven Zustandes bei schwierigen psychosozialen Verhältnissen zu entnehmen. Weiter bestanden ein chronisches panvertebrales Syndrom bei Rückenfehlhaltung, eine Kniearthrose links bei Status nach arthroskopischer vorderer Kreuzbandruptur im Dezember 1999 und lateraler Meniskusläsion, allergische und asthmatische Beschwerden, funktionelle Magen-Darmbeschwerden sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 15/19/2). Seit dem 1. Januar 2006 sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. In behinderungsangepasster Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 50 %. Als soziale Faktoren mit Einfluss auf die Gesundheit und/oder die Arbeitsfähigkeit führte Dr. F. ___ schwierige psychosoziale Verhältnisse, Migrationsproblematik, Status nach Folterung im Heimatland sowie Asylproblematik auf (Urk. 15/19/3).

3.1.2. Im Verlaufsbericht vom 3. Juni 2008 (Urk. 15/30/1) diagnostizierte Dr. F. ___ eine Chondrose der Halswirbelsäule (HWS) mit medianer Diskushernie C5/C6 sowie Knorpelschädigung im Sinne einer Gonarthrose links. Subjektiv berichtete der Beschwerdeführer über Nackenbeschwerden mit Ausstrahlung in die Oberarme beidseits, verschlimmerte nächtliche Schmerzen, Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Unterschenkel beidseits, Knieschmerzen links vor allem beim Gehen und bei Belastung, Kniebeschwerden rechts sowie Krämpfe in beiden Beinen. Objektiv zeige sich eine anhaltende Somatisierungsproblematik und Fixierung auf die somatischen Beschwerden. Das Schmerzsyndrom destabilisiere den psychischen Zustand. Es bestanden Konzentrationsprobleme, eine schnelle Reizbarkeit, Aggressivität, Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen durch nächtliche Schmerzen, Niedergeschlagenheit, Leiden an der Ausweglosigkeit und finanzielle Probleme. Die Wechselwirkung durch chronische Schmerzen verschlechtere die psychische Verfassung. Dringend werde eine Unterstützung bei der Reintegration für leichte angepasste Tätigkeiten, ev. eine Umschulung oder Zusatzausbildung empfohlen, unter Umständen kombiniert mit einer Teilrente.

3.1.3. Am 21./22. Mai 2008 hielt Dr. med. G. ___, Orthopädische Chirurgie FMH, eine leichte Knorpelschädigung im Sinne einer beginnenden protraumatischen Gonarthrose links, Status nach vorderem Kreuzbandersatz und gemäss Angaben auch Meniskus Chirurgie medial und lateral 1995 nach Unfall 1992, sowie einen hohen Verdacht auf eine relevante Schmerzchronifizierung fest. Die subjektiven Beschwerden seien heute derart stark, dass sie einen invalidisierenden Charakter vermittelten. Dies lasse sich nicht

gut objektivieren, fänden sich doch beidseits gut bewegliche stabile und synovial ruhige Kniegelenke. Der Beschwerdeführer könne auch gut in die Kauerstellung gehen. Die Lebensgeschichte und die psychosoziale Situation seien sicher in die Beurteilung miteinzubeziehen. Die damalige Flucht aus Tunesien aus offensichtlich politischen Gründen und der Sturz vom zweiten Stock im Zusammenhang mit einer Verzweiflungstat auf der Flucht vor Polizeiverfolgung seien sicher wesentliche Komponenten für eine gestörte Verarbeitung. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf für diverse berufliche Tätigkeiten überqualifiziert gewesen sei und jetzt natürlich in der Existenz für seine Familie eine Gefährdung sehe, könne sicher zum Verständnis seines intensiven Schmerzempfindens beitragen. Aus Sicht der Kniegelenksfunktion könne das Beschwerdebild sicher nicht erklärt werden. Aus orthopädischer Sicht sei eine volle berufliche Tätigkeit mit moderater Arbeitsbelastung zumutbar. Er werde keine Leistungsfähigkeit zeigen für Tätigkeiten mit häufigem Treppengehen, Kauern oder Gewichte tragen. Prognostisch relevant sei sicher die Schmerzchronifizierung mit Verminderung der psychosozialen Resistenz (Urk. 15/30/3-4).

3.1.4.1 Dr. B. diagnostizierte im Gutachten vom 23. Dezember 2008 (Urk. 15/36) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit psychologische Faktoren, die einen medizinischen Krankheitsfaktor beeinflussen (Schmerzverarbeitungstörung in Verbindung mit körperlichen und psychischen Krankheitsfaktoren, ICD-10 F54). Es bestehe aus psychiatrischer Sicht zum Untersuchungszeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 %. Dem Beschwerdeführer sei dabei eine den körperlichen Beeinträchtigungen optimal angepasste Tätigkeit in zeitlicher Hinsicht vollumfänglich möglich. Die Einschränkung von 20 % beziehe sich auf eine Leistungsminderung bei vollem Arbeitspensum zum Beispiel durch vermehrte Pausenbedürftigkeit (Urk. 15/36/13).

3.2.1.1 In somatischer Hinsicht ist unbestritten und den medizinischen Akten zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer eine 100%ige Tätigkeit unter Vermeidung von häufigem Treppengehen, Kauern sowie Gewichtstragen zumutbar ist.

E. 3.3

3.3.1.1 Das Gutachten von Dr. B. basiert auf einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Der Gutachter hat detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und seinem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem hat er die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 1.2).

3.3.2.1 Dr. B. legte einleuchtend dar, dass und weshalb er beim Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lediglich eine Dysthymie und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Schmerzverarbeitungstörung diagnostizierte. So hielt er fest, bei der Dysthymie handle es sich um eine anhaltende und meist fluktuierende leichte Verstimmung, bei der die einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug seien, um als depressive Episoden gelten zu können. Das Zeitkriterium (Dauer länger als zwei Jahre) sei im Falle des Beschwerdeführers längst erreicht (Urk. 15/36/10). Gegen eine

schwergradige depressive Störung würden die leicht gedrückte, modulationsfähige Stimmungslage, der ungestörte Antrieb und die erhaltenen kognitiven Funktionen sprechen. Auch die psychometrische Untersuchung (Fremdbeurteilungsskalen Hamilton, MADRS = Montgomery Asberg Depression Rating Scale) habe kein depressives Syndrom abgebildet (Urk. 15/36/11). Die Schmerzverarbeitungsstörung stelle keine psychiatrische Störung im engeren Sinne dar, sondern beschreibe eher eine Störung der Anpassung an körperliche Beschwerden. Der Beschwerdeführer zeige ein erhebliches Vermeidungsverhalten und fühle sich in seiner Alltagsbewältigung beeinträchtigt. Allerdings sei auf der anderen Seite ein erheblicher sozialer Rückzug, folge man den Angaben des Beschwerdeführers, nicht erkennbar gewesen. Auch alltägliche Verrichtungen und Freizeitaktivitäten (z.B. Einkäufe, Besuch des Kulturzentrums mit Diskussionen) seien ihm, unter Rücksicht auf die von ihm erlebten körperlichen Beschwerden, möglich und würden von ihm auch erledigt. Die kognitive Schmerzverarbeitung sei durch eine deutliche Katastrophisierung (Ähnlich nichts hilft) und Kränkung (man nehme ihn nicht ernst) und unterschwellig auch durch eine fordernde (passive Heilerwartung) und zum Teil auch vorwurfsvolle Haltung (Er glaube, dass ein Fehler bei der Operation aufgetreten sei. Man habe ihm zudem gesagt, er könne sein Knie bald wieder voll belasten, alles machen. Das sei nicht eingetreten.) gegenüber seinen Behandlern gekennzeichnet. Das Störungsbild sei durch eine andauernde Schmerzwahrnehmung gekennzeichnet, die durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könne. Der Schmerz drücke sich oft in Verbindung mit emotionalen oder psychosozialen Problemen aus (Immigrationsprobleme, Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, laufendes versicherungsrechtliches Verfahren). Die Folge einer solchen Störung sei gewöhnlich eine beträchtliche persönliche (familiäre) und/oder medizinische Betreuung/Zuwendung. Der Krankheitsverlauf sei durch eine deutliche Diskrepanz somatisch objektivierbarer Symptome und der durch den Patienten beschriebenen subjektiven Symptomart und Symptomintensität gekennzeichnet. Die vorliegenden medizinischen Berichte und vor allem der aktuelle Untersuchungsbefund gäben davon ein eindrückliches Bild. Auffallend sei eine ausgeprägte Vermeidungs- und Regressionstendenz, die sich im Alltagsverhalten des Beschwerdeführers widerspiegle (Urk. 15/36/10). Gegen das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung und für eine Symptomausweitung (Schmerzverarbeitungsstörung) sprächen die deutlich nach aussen gerichtete, zum Teil vorwurfsvolle Art der Symptombeschreibung und Symptomdarbietung, die deutlichen Inkonsistenzen zwischen den beschriebenen subjektiven Beschwerden und dem nicht entsprechenden emotionalen (leicht gedrückten, modulationsfähigen) Ausdruck, die Tendenz zur Verantwortungsdelegation (an die behandelnden Ärzte) und das Fehlen weiterer somatoformer Körperstörungen wie z.B. somatisch nicht erklärte kardiopulmonale oder gastrointestinale Beschwerden (Urk. 15/36/11-12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Beurteilung von Dr. B.____ steht mit den von ihm erhobenen detaillierten psychiatrischen Befunden (Urk. 15/36/8-9) in Einklang. Gleiches gilt für seine Beurteilung, wonach dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine mindestens 80%ige Tätigkeit zumutbar ist. Sie erscheint deshalb überzeugend.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte enthalten, entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers, keine Angaben, welche die im Gutachten von

Dr. B.____ gemachten Feststellungen zu widerlegen vermöchten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorab ist festzuhalten, dass bei der Würdigung von Berichten behandelnder Ärzte rechtsprechungsgemäss berücksichtigt werden darf und soll, dass deren Beurteilung mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten der Patienten ausfällt. Berichte behandelnder Ärzte können ein Gutachten zwar dann in Frage stellen und zumindest Anlass für weitere Abklärungen geben, wenn darin nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind und bei deren Berücksichtigung sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 24. Juni 2009 in Sachen G., 9C_276/2009, Erw. 4.2.3 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In den Berichten von Dr. F.____ vom 25. Juni 2007 (Urk. 15/19) und 3. Juni 2008 (Urk. 15/30/1) finden sich nach dem Gesagten keine solchen Aspekte. Vielmehr ist darauf hinzuweisen, dass sich Dr. F.____ im Wesentlichen darauf beschränkte, die - subjektiven - Angaben des Beschwerdeführers wiederzugeben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum Bericht von Dr. C.____ vom 17. April 2009 (Urk. 3/3) ist zu bemerken, dass die darin enthaltenen Befunde im Wesentlichen mit denjenigen im Gutachten von Dr. B.____ übereinstimmen. So führte Dr. C.____ an, dass er selber keine völlig divergierenden Befunde erhebe, diese jedoch in einen anderen Zusammenhang bringe und daher völlig andere Schlussfolgerungen ziehe (Urk. 3/3 S. 7). Wie der E.____ in seiner Stellungnahme vom 8. Juni 2009 (Urk. 14 S. 2) zutreffend bemerkte, vermag diese andere Wertung die gutachterliche Beurteilung von Dr. B.____ nicht zu entkräften, ist doch die Interpretation von Dr. C.____ zwar ausführlich, jedoch im Kontext der übrigen medizinischen Akten nicht stringent. So ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass zwar Dr. F.____ die geklagten Beschwerden auf einen depressiven Zustand und eine Somatisierungsproblematik und Dr. G.____ auf eine Schmerzchronifizierung zurückführten, diese jedoch nicht als derart schwer erachteten, dass sie den Beschwerdeführer in konsequente fachärztliche Behandlung weiterverwiesen. Vielmehr sahen sie - wie Dr. B.____ auch - die subjektiven Beschwerden in klarem Zusammenhang mit schwierigen psychosozialen Verhältnissen. Von einer "merklichen Komorbidität" und einem "längeren und therapieresistenten Verlauf" (Urk. 9 S. 6) kann daher nicht die Rede sein. Zudem finden sich bis zur Diagnosestellung von Dr. C.____ im Bericht vom 17. April 2009 (Urk. 3/3 S. 9) in den Akten keinerlei Hinweise auf eine mögliche Persönlichkeitsstörung bzw. -veränderung, was im Ergebnis jedoch irrelevant ist, weil zwischen einer Persönlichkeitsänderung und der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit keinesfalls zwingend eine Korrelation besteht (BGE 9C-456/2007 Erw. 4.1). Überdies konnte Dr. C.____ nicht nachvollziehbar darlegen, weshalb die von ihm diagnostizierten psychiatrischen Beschwerden eine derart hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen sollen bzw. weshalb dem Beschwerdeführer eine Schmerzüberwindung nicht zumutbar ist. Betreffend den vom Beschwerdeführer eingereichten weiteren Bericht von Dr. C.____ vom 19. Mai 2009 (Urk. 9) ist festzuhalten, dass für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Verfügungserlasses massgebend sind. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366; 99 V 98

Entschädigung inklusive 7,6 % Mehrwertsteuer von Fr. 2'542.05 (11.33 Stunden x Fr. 200.-- = Fr. 2'266.--; Barauslagen: Fr. 102.50 plus 7,6 % Mehrwertsteuer = Fr. 179.55).

5.3. Kommt der Beschwerdeführer künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann ihn das Gericht zur Nachzahlung der ihm erlassenen Gerichtskosten und der Auslagen für die unentgeltliche Vertretung verpflichten (vgl. § 92 des Gesetzes über den Zivilprozess [ZPO]).

6. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Beschwerdeverfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Urs Leemann, Winterthur, wird mit Fr. 2'542.05 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Urs Leemann
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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).

6. Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

7. 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.