

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00598 vom 10. März 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-03-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00598

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00598 du 10 mars 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00598 del 10 marzo 2011

Erwägungen

E. 2

2.1. Streitig und zu beurteilen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Invalidenleistungen in Form einer Rente. Zwar suchte die Beschwerdeführerin ursprünglich um Rente und berufliche Massnahmen nach (Urk. 7/1). Die IV-Stelle verfügte letztlich jedoch nur über den Rentenanspruch (Urk. 7/40), so dass die beruflichen Massnahmen vom Anfechtungsgegenstand nicht erfasst sind. Im Übrigen wurde auch kein entsprechender Antrag gestellt (Urk. 1).

2.2. Die Beschwerdegegnerin begründete die Ablehnung des Leistungsbegehrens im Vorbescheid zusammenfassend damit, dass die Arbeitsfähigkeit sowohl in der Erwerbstätigkeit als auch im Haushalt zu 20 % eingeschränkt sei, womit die Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente nicht erfüllt seien (Urk. 7/40). In der Rentenverfugung stellte die IV-Stelle (nebst der unter Abklärungsergebnis weiterhin erwähnten Begründung gemäss Vorbescheid) auf das Gutachten von Dr. F. ___ ab und verneinte einen invalidisierenden Gesundheitsschaden mit unüberwindbarer Beeinträchtigung des Arbeits- und Leistungsvermögens gänzlich (Urk. 2 = Urk. 7/74).

2.3. Dem hält die Beschwerdeführerin sinngemäss zusammengefasst entgegen, sie sei aufgrund ihrer Schmerzen und psychischen Probleme (mutmasslich vollständig) arbeitsunfähig. Sie stützt sich dabei auf ihre behandelnden Ärzte und macht geltend, die MEDAS-Gutachter wie auch Dr. F. ___ seien befangen (Urk. 1).

E. 3

3.1.1.

3.1.1. Die Beschwerdeführerin litt gemäss Dr. med. H. ___, Fachärztin für Allgemeinmedizin, seit Jahren an intermittierenden Rückenschmerzen, seit 2006 berichte die Beschwerdeführerin über progrediente und persistierende Rückenschmerzen, seit zirka März 2006 über starke diffuse Muskelschmerzen und eine generalisierte Muskelschwäche. Es bestehe ein Fibromyalgiesyndrom, ein chronisches spondylogenes Syndrom bei Osteochondrose L4/5 mit Endplattenveränderungen und eine Kokzygodynie mit daraus resultierender 100%iger Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/8/23). Zu Händen der IV-Stelle berichtete Dr. H. ___ im Juli 2007 von diffusen Myalgien der Extremitäten, zusätzlich zu Schmerzen im Rücken bei chronischem lumbospondylogem Syndrom mit Kokzygodynie und myofaszialem Schmerzsyndrom, chronischem cervico-thoraco-lumbovertebralem Schmerzsyndrom bei Bandscheibenhernienabnahme C5-C7 (Urk. 7/21/3).

3.1.2.1. Nach Überweisung an Dr. D. ___ stellte dieser am 27. März 2006 initial ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom und eine Kokzygodynie bei Osteochondrose L4/5 mit sogenannten Endplattenveränderungen, Konditionsmangel, Schlafbeeinträchtigung, ein myofasziales Schmerzsyndrom im Schultergürtelbereich mit Neigung zu Muskelverspannungen und Hyperalgesie sowie eine Insertionstendinose der linken Patellarsehne an der Tuberositas tibiae fest (Urk. 7/8/31-33 und 7/19/7-9). Später beschrieb er eine Schmerzzunahme in Schultergürtel und Armen sowie akzentuierte Schlafstörungen und diagnostizierte (neben dem chronischen lumbospondylogenen Syndrom und Kokzygodynie bei Osteochondrose L4/5 mit sogenannter Endplattenveränderung) neu ein Fibromyalgiesyndrom. Gemäss Arztbericht soll die Krankschreibung am 26. Juni 2006 bei der Beschwerdeführerin zu einer Verbesserung geführt haben (Urk. 7/8/21-22, 7/8/27-30 und 7/19/10-11). Zu Handen der IV-Stelle diagnostizierte Dr. D. ___ am 30. Juni 2007 eine Fibromyalgie, degenerative LWS-Veränderungen sowie eine schwere depressive Episode und postulierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerden seien therapieresistent, die Prognose sei schlecht (Urk. 7/19/1-6).

3.1.3.1. Am 10. November 2006 wurde die Beschwerdeführerin im Spital O. ___, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, abgeklärt. Die Fachärzte diagnostizierten ein generalisiertes Schmerzsyndrom und differentialdiagnostisch eine somatoforme Schmerzstörung bei generalisierter Allodynie mit Gelenkschmerzen und Panvertebralsyndrom, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom (MRT LWS vom 31. Januar 2006: leichte linkskonvexe Skoliose, mittelgradige Bandscheibendegeneration L4/5), ein zervikospondylogenes Syndrom rechtsbetont (HWS konventionell vom 13. Dezember 2005: beginnende Osteochondrose C6/7, leichte Diskopathie C5/C6/C7), eine Periarthropathia humero-scapularis tendopathica rechts, eine Femoropatellarthrose (re>li) bei beidseitigem myofaszialem Schmerzsyndrom am Tractus iliotibialis. Zusammenfassend werteten die Fachärzte diese Diagnosen als Bild eines generalisierten chronischen Schmerzsyndroms mit inadäquatem Schmerzverhalten ohne klinisch und radiologisch relevante Befunde mit typischerweise fehlendem Therapieansprechen sowohl analgetisch als auch physiotherapeutisch. Die Laboruntersuchungen ergaben keine Anhaltspunkte für eine entzündliche Erkrankung. Die Fachärzte meldeten die Versicherte in der Folge an der psychiatrischen Poliklinik des Spitals O. ___ zur psychopathologischen Beurteilung respektive Abklärung somatoformer Schmerzstörungen an (Urk. 7/8/18-20 und 7/19/12-14). Bezüglich Arbeitsfähigkeit hielten sie in der Folge fest, diese könne aufgrund der Schmerzausweitung und des inadäquaten Verhaltens der Beschwerdeführerin nicht schlüssig beurteilt werden. Die Durchführung der nötigen Basistests sei durch deren Ehemann verhindert worden. Aufgrund der reduzierten Leistungsbereitschaft sehe man keine therapeutische Möglichkeit, das Beschwerdebild zu verbessern (Urk. 7/8/16-17).

3.1.4.1. Nach erfolgter Abklärung in der Psychiatrischen Poliklinik des Spitals O. ___ diagnostizierte Dr. med. I. ___, Oberarzt, am 29. Dezember 2006 beziehungsweise 10. Januar 2007 eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und äusserte den Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (ICD-10 F45.4). Es wurde der Ausbau der antidepressiven und schmerzmodulierenden Medikation sowie eine psychiatrische Behandlung empfohlen (Urk. 7/19/15-17 und 7/20/8-10). Dr. I. ___ ging von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus, wies jedoch auf die limitierte Gültigkeit

Fibromyalgie), was selbst vom behandelnden Rheumatologen Dr. D. ___ in seinen Einwendungen gegen den Vorbescheid nicht angezweifelt wird. Auch aus internmedizinischer Sicht lässt sich gemäss MEDAS-Gutachten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Dass die Beschwerdeführerin den Ausschluss einer schweren und chronischen Erkrankung der Wirbelsäule anzweifelt (Urk. 1 S. 4), mag sich aus ihrem Krankheitsbild erklären (organisch fixierte Interpretation der Beschwerden, vgl. Urk. 7/24/3), vermag jedoch weder das somatische Gutachtensergebnis zu erschüttern noch weitere Untersuchungen zu rechtfertigen. Zusammenfassend kann eine dauerhafte Einschränkung aus körperlichen Gründen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

3.4.3.1 Im psychiatrischen Bereich vertritt Gutachter Dr. F. ___ eine vom MEDAS-Gutachten abweichende Meinung bezüglich der psychiatrischen Diagnosen (keine längere depressive Reaktion nach ICD-10 F43.21) und bezüglich der Arbeitsfähigkeit (100 % statt 80 %). Dr. F. ___ legte in Übereinstimmung mit den diagnostischen Leitlinien gemäss ICD-10 plausibel dar, dass das dritte Kriterium einer Anpassungsstörung nach ICD-10 F43.2 und folglich eine darauf basierende längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) nicht gegeben ist (Fehlen des eindeutigen Nachweises eines belastenden Ereignisses, Situation oder Lebenskrise und überzeugende, wenn auch vielleicht nur vermutete Gründe, dass die Störung ohne Belastung nicht aufgetreten wäre). Entsprechend ist in diesem Punkt auf Dr. F. ___ abzustellen.

3.4.4.1 Zur Klärung der Frage, ob eine somatoforme Schmerzstörung invalidisierenden Charakter hat, sind die von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien zu berücksichtigen. Gutachter Dr. F. ___ (Urk. 7/69/11 ff.) verneint eine psychisch ausgewiesene Komorbidität gänzlich. Die von den MEDAS-Gutachtern festgestellte längere depressive Reaktion würde selbst bei Bejahung der Diagnose keine Komorbidität von erheblicher Schwere und Intensität darstellen, da es sich lediglich um einen leichten depressiven Zustand handelt (vgl. Umschreibung zu ICD-10 F43.21 in Dilling et alies, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 6. Auflage, Bern 2008, S. 185 f.). Einig sind sich die Gutachter darin, dass kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung vorliegt (Urk. 7/69/11, 7/34/6). Das Kriterium des unbefriedigenden Behandlungsergebnisses trotz konsequenter Bemühungen wird von den MEDAS-Verantwortlichen verneint (Urk. 7/34/6). Dr. F. ___ lässt diese Frage mangels abschliessender Bewertbarkeit aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht offen (Urk. 7/69/11). Im Ergebnis wird diese Voraussetzung jedenfalls in keinem der Gutachten bejaht. Geringe Abweichungen gibt es hinsichtlich des ausgewiesenen sozialen Rückzugs in allen Belangen des Lebens, welcher von den MEDAS-Gutachtern als nicht sehr ausgeprägt eingestuft wird. Nach Dr. F. ___ nimmt die Beschwerdeführerin - wenn auch subjektiv eingeschränkt - am sozialen Leben teil (Urk. 7/34/6, 7/69/11). Ob chronische körperliche Begleiterkrankungen und ein mehrjähriger chronifizierter Verlauf ohne länger dauernde Rückbildung vorliegen, lässt Dr. F. ___ offen. Die MEDAS-Gutachter bejahen zwar den mehrjährigen Krankheitsverlauf, halten bezüglich der Depression eine - wenn auch unvollständige - Remission fest und verneinen objektivierbare somatische Befunde (Urk. 7/34/6, 7/37/16-17). Gesamthaft betrachtet sind die Unterschiede in den beiden Gutachten geringfügig, die von den MEDAS-Gutachtern bejahten Kriterien wiegen insgesamt nicht schwer, so dass in

Äbereinstimmung mit Dr. F. ___ eher von einer vollständigen Äberwindbarkeit der Schmerzsymptomatik auszugehen ist. Die Frage kann aber letztlich offen gelassen werden, denn auch die fÄr die BeschwerdefÄhrerin gÄnstigere Variante von 20 % ArbeitsunfÄhigkeit (gemÄss MEDAS-Gutachten) vermag keinen Anspruch auf eine Invalidenrente zu begrÄnden (vgl. unten Ziff. 4).

3.4.5ÄÄÄÄÄÄÄÄ Zwischen dem Ergebnis der beiden Gutachten und der EinschÄtzung des behandelnden Psychiaters Dr. E. ___ bestehen erhebliche Diskrepanzen. PraxisgemÄss ist bei der WÄrdigung von Berichten von HausÄrztinnen und HausÄrzten und behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu berÄcksichtigen, dass deren Beurteilung mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in ZweifelsfÄllen eher zugunsten der Patientinnen oder Patienten ausfÄhlt (BGE 125 V 351 Erw. 3a/cc; in BGE 135 V 254 nicht publizierte Erw. 4.4.1 des Urteils des Bundesgerichts vom 6. Juli 2009 [9C_204/2009; vgl. SVR 2009 IV Nr. 53 S. 164]). Im MEDAS-Gutachten wurde denn auch zu Recht auf diese Problematik und die Stellung von Dr. E. ___ als Therapeut hingewiesen. Dr. F. ___ legte dar, dass dessen Diagnose vor allem auf den subjektiven Angaben der BeschwerdefÄhrerin bei nicht dokumentierten objektiven depressiven Befunden beruhe, was anhand der von Dr. E. ___ erstatteten Berichte und Stellungnahmen nachvollziehbar erscheint. Ferner fÄhlt auf, dass Dr. E. ___ wie auch die BeschwerdefÄhrerin von latenter (respektive enormer) SuizidalitÄt ausgehen (Urk. 7/23/4 und Urk. 1 S. 3), was den gegenÄber Dr. F. ___ beziehungsweise dessen Assistentin Dr. G. ___ gemachten Angaben widerspricht (Urk. 7/68/1-2 Frage 15 und 59).

3.4.6ÄÄÄÄÄÄÄÄ Alles in allem fehlt es demnach nebst einem relevanten kÄrperlichen Gesundheitsschaden mit Äberwiegender Wahrscheinlichkeit auch an einer unÄberwindbaren und in diesem Sinne invalidisierenden psychischen BeeintrÄchtigung in Bezug auf das Schmerzgeschehen. Demzufolge ist grundsÄtzlich von einer uneingeschrÄnkten ArbeitsfÄhigkeit auszugehen.

E. 4

4.1ÄÄÄÄÄÄÄÄ WÄrde man zu Gunsten der BeschwerdefÄhrerin eine 20%ige EinschrÄnkung sowohl in der zuletzt ausgeÄbten TÄtigkeit als Hausangestellte und Raumpflegerin als auch im eigenen Haushalt annehmen, wÄre hinsichtlich der Statusfrage festzuhalten, dass die BeschwerdefÄhrerin im Jahr 2006 zu 62 % bei Familie H. ___ als Haushalthilfe (Urk. 7/2/9), zu 8 % bei der N. ___ (Urk. 7/2/6) und zu 10-12 Stunden im Monat, somit zu rund 7,5 %, bei der M. ___ (Urk. 7/2/13) als Raumpflegerin angestellt war. Das entspricht einem Arbeitspensum von rund 80 %. Folglich ist die BeschwerdefÄhrerin als zu 80 % ErwerbstÄtige und zu 20 % im Haushalt TÄtige zu qualifizieren.

4.2ÄÄÄÄÄÄÄÄ Der Einkommensvergleich gemÄss Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) in Verbindung mit Art. 16 ATSG hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmÄssig mÄglichst genau ermittelt und einander gegenÄbergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der InvaliditÄtsgrad bestimmen lÄsst. Der InvaliditÄtsgrad ist durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhÄltnismÄssig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die GegenÄberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten UmstÄnde geschÄtzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend

zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 Prozent (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (BGE 104 V 135 Erw. 2b S. 137; Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 23. März 2010, 9C_100/2010, Erw. 2.1 mit Hinweis).

4.3 Im Hinblick darauf, dass es sich bei der angestammten Tätigkeit als Haushalthilfe und Raumpflegerin im Wesentlichen um die selben Verrichtungen handelt wie bei der Tätigkeit im anerkannten Aufgabenbereich, und ausgehend von einer je 80%igen Arbeitsfähigkeit, rechtfertigt es sich, den Invaliditätsgrad nach einem Prozentvergleich zu bemessen. Daraus würde eine behinderungsbedingte Einbusse im erwerblichen Bereich von 16 % (= 80 % x 20 %) und im Haushaltsbereich von 4 % (= 20 % x 20 %) resultieren (ohne Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht). Demzufolge ergäbe sich ein ebenfalls rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 20 %.

E. 5

5.1 Zusammengefasst erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

5.2 Die in Anwendung von Art. 69 Abs. 1 bis IVG auszufällende Gerichtskostenpauschale ist auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X.____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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

Vertreter 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.