

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00516 vom 14. Juli 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-07-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00516

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00516 du 14 juillet 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00516 del 14 luglio 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Am 23. Mai 2008 (Urk. 14/10/33-35) als Diagnose ein cervicospondylogenes Schmerzsyndrom mit / bei Fehlhaltung/Fehlform (Ziff. 1) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab 5. Mai 2008 (Ziff. 4). Mit einer leichteren Tätigkeit mit Einschränkung von Überkopparbeiten und Arbeiten über Schulterhöhe wäre sicher eine Arbeitsfähigkeit von 75 % erreichbar (Ziff. 6). Die Prognose sei gut (Ziff. 13). Abgesehen von einer flachen kyphotischen Fehlhaltung der Halswirbelsäule (HWS) habe ein am 9. Mai 2008 erstelltes MRI der HWS keine pathologischen Veränderungen ergeben (Ziff. 14).

Am 11. August 2008 teilte die Personalverantwortliche der Arbeitgeberin der Beschwerdegegnerin mit, es sei mit der Beschwerdeführerin eine Vereinbarung getroffen worden, wonach sie bis am 17. August 2008 zu 50 %, vom 18. August bis 30. September 2008 zu 75 % und ab 1. Oktober 2008 wieder voll arbeiten werde. Sie sehe keine Veranlassung für die Weiterführung der IV-Anmeldung (Urk. 14/11).

3.2 Am 9. Juli / 19. August 2008 berichtete Dr. Y. der Beschwerdegegnerin (Urk. 14/13/1-6 und Urk. 14/13/7-8). Er nannte die bereits gestellte Diagnose (Ziff. 1.1). Die Arbeitsunfähigkeit gab er mit 100 % vom 27. August 2007 bis 3. März 2008 und seither - bei einer zwischenzeitlichen 75 % Arbeitsunfähigkeit - 50 % an (Ziff. 2). Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (Ziff. 4.1) und aus medizinischer Sicht sei eine berufliche Umstellung zu prüfen (Ziff. 5.2).

3.3 Vom 20. Oktober bis 6. November 2008 wurde die Beschwerdeführerin in der Rheumaklinik des Kantonsspitals Z. (Z.) behandelt, worüber am 10. März 2009 berichtet wurde (Urk. 14/21/6-9). Dabei wurde folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Ziff. 1.1):

chronisches cervikobrachiales Syndrom rechts mit / bei

- Fehlhaltung /-form der HWS

- muskulärer Dysbalance, segmentalen Funktionsstörungen

- dysfunktionalem Vermeidungsverhalten

- psychosozialer Belastungssituation

Die Ärzte führten aus, die gezeigten Beschwerden könnten nicht vollständig durch die Befunde erklärt werden. Sie gingen davon aus, dass die

psychosoziale Belastungssituation das Schmerzerleben stark beeinflusse. Ein psychiatrisches Konsilium habe keine psychiatrische Erkrankung im engeren Sinne ergeben (S. 2 unten Ziff 1.5). Empfohlene Therapien habe die Beschwerdeführerin abgelehnt und sei auf eigenen Wunsch vorzeitig ausgetreten (S. 3 oben). Bis am 20. November 2008 betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 %; anschliessend solle sie gemäss ärztlichen Nachkontrollen schrittweise reduziert werden (S. 3 Ziff. 1.6).

3.4 Dr. Y.____ erstattete am 5. Mai 2009 einen weiteren Bericht (Urk. 14/25/6-7). Als Diagnosen nannte er (Ziff. 1.1):

Ä cervikospondylogenes Syndrom rechts mit / bei

- Fehlhaltung /-form

- muskulärer Dysbalance

- Verdacht auf Symptomausweitung bestehend seit 26. Februar 2008

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Einleitend führte Dr. Y.____ aus, aktuell bestehe eine intermittierende Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Auf längere Sicht denke er, dass aus rein rheumatologischer Sicht wieder eine normale Arbeitsfähigkeit erzielt werden könne (S. 1 Mitte). An anderer Stelle gab er an, es bestehe seit dem 11. Januar 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, seither sei keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich gewesen (Ziff. 1.6)

3.5 Am 30. Juni 2009 erstattete A.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, Institut D.____ (D.____), eine gemeinsam mit B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Urk. 19/3), erstellte interdisziplinäre rheumatologische und psychiatrische Beurteilung im Auftrag des Taggeldversicherers (Urk. 19/2). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 1 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 3 f.) und die anlässlich der Untersuchung vom 6. April 2009 (vgl. S. 1) erhobenen Befunde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Gutachter nannte folgende rheumatologische Diagnosen (S. 6, S. 7 Ziff. 2):

chronifiziertes zervikovertebrales, thorakovertebrales-, zervikozephalales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom mit / bei

- diffusen Schmerzen im rechten Schultergürtel und rechten Arm

- myofaszialen Befunden im rechten Schultergürtel und Nacken, Verdacht auf AC-Gelenkdysfunktion rechts

- Verdacht auf Inaktivitätsdem rechte Hand, vegetative Dystonie im Bereiche der rechten Hand

- Tendenz zur Symptomausweitung

- passives, dysfunktionales Schmerz- und Verarbeitungsverhalten

- psychiatrische Begleitfaktoren

Als psychiatrische Diagnosen nannte er (S. 7 Mitte):

psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren mit / bei

- chronischem Schmerz bei cervico-brachialem Syndrom

- Ängstlich-vermeidendem Schmerzbewältigungsstil

Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei

- anhaltender Belastung durch Schmerzen und Funktionseinschränkung bei cervico-brachialem Syndrom

- akzentuierter Persönlichkeit mit selbstunsicheren Zügen

Aus rheumatologischer Sicht bestehe für Tätigkeiten wie die bisherige mit repetitiven Bewegungsabläufen in der Montage wegen einer verminderten Belastbarkeit der rechten Schulter und des rechten Armes eine verminderte Arbeitsfähigkeit. Für eine solche Tätigkeit bestehe eine maximal 50 % betragende Arbeitsfähigkeit. In einer ideal angepassten Tätigkeit im Sinne einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit mit maximalen Gewichtsbelastungen von 7.5 kg selten am Tag gehoben, ohne repetitiven Einsatz des rechten Armes, ohne Tätigkeiten, die einen Krafteinsatz des rechten Armes bedingen, ohne Tätigkeiten über Schulterhöhe, bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Die Einschränkung von 30 % lasse sich durch eine allgemeine Dekonditionierung und eine verminderte allgemeine Belastbarkeit bei chronifizierter Schmerzstörung begründen (S. 8 oben).

Aus psychiatrischer Sicht könne, unter Berücksichtigung, dass die Beschwerdeführerin durch das Störungsbild in körperlicher Funktionsfähigkeit, emotionaler Belastbarkeit, sozialer Kontaktgestaltung und seelischer Belastung alltagsrelevant eingeschränkt sei, die aktuelle Arbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten Tätigkeit auf 50 % geschätzt werden (S. 8 Mitte).

Aus interdisziplinärer Sicht bestehe für eine ideal angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 8).

Die Prognose sei aus rheumatologischer Sicht aufgrund des bisherigen Verlaufes, der kombinierten somatischen und psychiatrischen Problematik und bei Verhaltensproblematik unsicher (S. 8 unten Ziff. 4). Aus psychiatrischer Sicht seien prognostisch günstige Faktoren die im bisherigen Krankheitsverlauf erkennbare Bereitschaft der Beschwerdeführerin, aktiv auf die Schmerzbewältigung hinzuarbeiten, sowie ihre eigenen Hoffnungen auf einen günstigen Krankheitsverlauf. Es sei jedoch damit zu rechnen, dass sich der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nur sehr zögerlich verbessern würden (S. 9 oben).

3.6 Dr. med. C. ____, Innere Medizin FMH, speziell Rheumaerkrankungen, erstattete am 24. Oktober 2009 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 14/29/2-24). Sie stützte sich auf die ihr überlassenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 1 f., S. 8 ff.) und die von ihr am 28. September 2009 (vgl. Urk. 14/29/1) erhobenen Befunde.

Die Gutachterin vermochte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (S. 19 Ziff. 5.1).

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie ausgedehnte chronische Schmerzen, Vitamin-D-Mangel, leicht erhöhte Anticitrullin-Antikörper bei normalem Rheumafaktor, leicht erhöhte Leberenzyme, Übergewicht, sowie ein primäres leichtes Raynaud-Phänomen der rechten Hand (S. 19 Ziff. 5.2).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Sodann führte die Gutachterin aus, die Beschwerdeführerin sei eine kräftige 32-jährige Frau. Aufgrund ihrer Klagen, der Anamnese, der klinischen Untersuchung sowie den Resultaten der bildgebenden und Laborabklärungen könne sie sämtliche Tätigkeiten ausüben, die Frauen ihres Alters üblicherweise machen könnten (S. 20 Ziff. 6).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Sie gebe ausgedehnte Schmerzen an. Sämtliche der 18 Tenderpoints seien pathologisch, wie auch alle der 8 Kontrollpunkte. Sanfte Berührungen würden bereits als schmerzhaft angegeben. Eine Fibromyalgie bestehe definitionsgemäss nicht, wenn die Mehrzahl der Kontrollpunkte pathologisch seien (S. 20).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Die Beschwerdeführerin zeige eine maximale Handkraft von knapp 34 % der Norm rechts und knapp 72 % links. Diskrepant dazu seien der normale Handeinsatz beidseits bei der Untersuchung. Alle drei Messorte an den Armen hätten rechts denselben oder sogar grösseren Umfang als links, was darauf hinweise, dass die Beschwerdeführerin den rechten Arm ebenso oder sogar mehr als den linken Arm und die linke Hand einsetze. Bei der Kraftmessung der Hände dürfe eine Selbstlimitierung in der Untersuchungssituation vorliegen. Aus rheumatologischer Sicht gebe es keine Ursache für eine deutlich verminderte Handkraft rechts (S. 20).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Das Raynaud-Syndrom an der rechten Hand sei harmlos (S. 20 Mitte).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Muskelschmerzen könnten ein Symptom eines Vitamin-D-Mangels sein; dieser könne durch Vitaminsubstitution in der Regel gut behoben werden. Die leicht erhöhten Anticitrullin-Antikörper seien kontrollbedürftig; eine rheumatoide Arthritis bestehe gegenwärtig aufgrund der Klinik nicht (S. 20).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Die Angaben der Beschwerdeführerin zum Medikamentengebrauch seien sehr ungenau. Wie die Daten der Krankenkasse zeigten, habe sie von Januar 2008 bis August 2009 etwa halb so viel Medikamente bezogen als sie zu brauchen angebe. Im Blut / Urin seien weder das angegebene Schmerzmittel noch das Antidepressivum vorhanden. Bei nicht nachweisbaren Medikamenten im Blut sei sie nicht ausreichend therapiert. Es könne postuliert werden, dass sich die Beschwerdeführerin selbst als nicht derart krank einschätze, dass sie die ohne weiteres zumutbare medikamentöse Therapie korrekt durchführen würde (S. 20 unten).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Gemäss der Beschreibung der ehemaligen Arbeitgeberin sei die frühere Tätigkeit eine leichte Montagetätigkeit (Zusammenstecken von Litzen). Sie werde sitzend und selten gehend oder stehend erledigt, Heben und Tragen von Gewichten komme selten vor. Diese Tätigkeit sei adaptiert, die Beschwerdeführerin könne sie zu 100 % ausüben (S. 21 Ziff. 7.1).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Dr. Y. ___ habe die Beschwerdeführerin im Mai 2009 langfristig als normal arbeitsfähig beurteilt. Unklar bleibe, warum er gleichzeitig eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 11. Januar 2009 ohne Steigerungsmöglichkeit attestiert habe. Dies sei widersprüchlich (S. 22 Ziff. 8.4).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Schliesslich wies die Gutachterin darauf hin, dass die Beschwerdeführerin bisher nur etwa 1 1/2 Jahre lang (Ende Januar 2006 bis zu den Sommerferien 2007) effektiv berufstätig gewesen sei (S. 23 Ziff. 10).

3.7. Dr. Y. teilte der Beschwerdegegnerin am 26. März 2010 mit, die Beschwerdeführerin sei weiterhin in der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin durch ihre Schmerzproblematik massivst eingeschränkt. Bisherige Behandlungen hätten kaum Erfolg gebracht; eine weiterführende Behandlung in einer Schmerzklinik sei seitens des Taggeldversicherers wiederholt abgelehnt worden (Urk. 14/39 = Urk. 9/4).

4.

4.1. Der behandelnde Dr. Y. attestierte im Mai 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab 5. Mai 2008 und erachtete eine Arbeitsfähigkeit von 75 % in adaptierter Tätigkeit als möglich (vorstehend E. 3.1). Im August 2008 attestierte er die gleiche Arbeitsunfähigkeit nunmehr ab dem 4. März 2008 und bezeichnete den Gesundheitszustand als besserungsfähig (vorstehend E. 3.2). Im Mai 2009 berichtete er einerseits über eine Arbeitsunfähigkeit von intermittierend 50 % und erachtete auf längere Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit als möglich, andererseits attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 11. Januar 2009 (vorstehend E. 3.4). Im März 2010 gab er an, die Beschwerdeführerin sei wegen des Schmerzsyndroms zu 100 % arbeitsunfähig (vorstehend E. 3.7).

Diese Angaben sind in einem Ausmass widersprüchlich, dass es fraglich erscheint, ob auf sie abgestellt werden kann. Besonders augenfällig ist, dass die letzte Beurteilung, die sich markant von den früheren Beurteilungen mit tendenziell günstiger Prognose unterscheidet, abgegeben wurde, nachdem der anspruchsverneinende Vorbescheid ergangen war. Sie ist mithin nur erklärlich als Ausdruck der Vertrauensposition, in welcher sich der behandelnde Arzt befindet (vgl. BGE 125 V 352 E. 3b/cc). Damit fehlt es ihr jedoch an der nötigen distanzierten Objektivität und sie hat ausser Betracht zu bleiben.

4.2. Die Schlussfolgerungen im D.-Gutachten und im Gutachten C. weichen erheblich voneinander ab, so dass zu präzisieren ist, wie es sich mit ihrer Nachvollziehbarkeit verhält.

Im D.-Gutachten (vorstehend E. 3.5) wurde bei den rheumatologischen Diagnosen hauptsächlich eine Schmerzproblematik der Schulterregion angeführt, aber auch eine Tendenz zur Symptomausweitung und ein passives, dysfunktionales Schmerz- und Verarbeitungsverhalten. Aus psychiatrischer Sicht wurde hauptsächlich eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei anhaltender Belastung durch Schmerzen und Funktionseinschränkung im Schulterbereich postuliert, ohne dass der Schweregrad der Depressivität genannt wurde.

Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wurde aus rheumatologischer Sicht insbesondere wegen der mangelnden Belastbarkeit des rechten Armes auf 50 % veranschlagt. Die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit wurde als infolge Dekonditionierung und verminderter allgemeiner Belastbarkeit um 30 % und aus psychiatrischen Gründen als um 50 % vermindert angegeben. Aus rheumatologischer Sicht wurde die Prognose unter anderem wegen der Verhaltensproblematik als unsicher bezeichnet, aus psychiatrischer Sicht hingegen eine erkennbare Bereitschaft der Beschwerdeführerin, aktiv auf die Schmerzbewältigung hinzuarbeiten, als prognostisch günstiger Faktor angeführt.

gewesen ist, erscheint deshalb vordergründig als Mangel.

Nachdem jedoch das D.____-Gutachten seinerseits als mangelhaft einzuschätzen ist (vorstehend E. 4.3), ist es kein Verlust, dass es der Gutachterin nicht vorgelegen hat. Dies erweist sich im Gegenteil - und ausnahmsweise - insofern als Vorteil, als damit die Gutachterin diejenigen Feststellungen, welche das D.____-Gutachten entkräften, völlig eigenständig und umso überzeugender getroffen hat.

Wertvoll ist sodann der Hinweis der Gutachterin auf einen möglichen und voraussichtlich problemlos behebbaren Vitaminmangel, womit - sofern ihm nachgelebt wird - letztlich auch der Beschwerdeführerin ein Dienst erwiesen wurde.

Von besonderer Schärfe ist schliesslich der Hinweis auf den fehlenden Medikamentenspiegel. Die darauf aufbauende Annahme der Gutachterin, das reale Verhalten der Beschwerdeführerin lasse auf einen wenig ausgeprägten Leidensdruck schliessen, ist einleuchtend.

Zusammen mit dem Umstand, dass die vermeintliche verminderte Gebrauchsfähigkeit des rechten Arms objektiv widerlegt ist, und im Lichte der konkreten Arbeitsplatzbeschreibung ist damit auch die Schlussfolgerung der Gutachterin, dass die Beschwerdeführerin auch in ihrer früheren Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig wäre, schlüssig begründet.

Somit ist, gestützt auf das Gutachten C.____, der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt festzuhalten, dass keine die Arbeitsfähigkeit anhaltend limitierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgewiesen sind.

Demnach erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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)

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.