

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01100 vom 9. Februar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-02-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.01100](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01100)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01100 du 9 février 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01100 del 9 febbraio 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2. Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

1.3. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen

Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010, je E. 2.2, mit Hinweisen).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

2. Um

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Leistungsbegehrens in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass bei der Beschwerdeführerin zwar eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vorliege (S. 1 unten), jedoch im Vergleich zu den Abklärungen im Jahre 2006 eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes eingetreten sei. Die Depression der Beschwerdeführerin sei remittiert, weshalb ab Dezember 2009 für eine behinderungsangepasste, leichte Tätigkeit in Wechselbelastung, ohne Heben, Tragen und

Bewegungen von Lasten von weniger als 10 kg, ohne Zwangshaltung, Armvorhalte- und Überkopparbeiten, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sei (S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ferner sei die Beschwerdeführerin gemäss den Abklärungen vom 22. Februar 2005 (vgl. Urk. 7/22) als Teilerwerbstätige mit einem Pensum von 70 % zu qualifizieren (Urk. 2 S. 2 oben). Da ihr nur noch körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar seien, sei dies mit 10 % als lohnmindernden Faktor zu berücksichtigen (S. 2 Mitte). Auch im Haushalt bestehe keine höhere Einschränkung als die durch ihren Abklärungsdienst am 16. Februar 2005 erhobenen Einschränkungen von insgesamt 7.5 % (vgl. Urk. 7/22 S. 5 Ziff. 6), da sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin inzwischen verbessert habe (Urk. 2 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung weiter davon aus, dass die individuelle Problematik der Beschwerdeführerin (insbesondere das Störungsbild der somatoformen Störung) anhand des psychiatrischen Gutachtens vom 30. März 2010 durch Dr. Y. \_\_\_ und unter Einbezug der somatischen Befunde (Bericht der rheumatologischen Klinik des Stadtspitals Z. \_\_\_ vom 14. Oktober 2008) umfassend abgeklärt sei. Weitere medizinische Abklärungen seien daher nicht erforderlich (S. 3 oben).

2.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, im Arztbericht vom 30. Juni 2008 (vgl. Urk. 7/88/4-8) sei festgestellt worden, dass eine Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Mai 2004 in der Höhe von 80 % bestehe (S. 6 Ziff. 2.5.2). Sie wies auf die im Gutachten vom 30. März 2010 genannte Diagnose einer anhaltenden chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) hin und führte aus, dass in besonderen Fällen diese Schmerzstörungsart zu andauernden Persönlichkeitsveränderungen (F62.80) führen könne. Festzuhalten sei also, dass sie den Schmerz nicht vortäuschte oder auch nicht absichtlich erzeugte (S. 7 Ziff. 2.6.3). Im Übrigen würde sich die Frage stellen, wann keine beziehungsweise eine (leichte, mittlere, schwere oder maximale) Störung vorliege und welche Folgen dies auf den psychischen und physischen Bereich zeige, denn dies habe das Gutachten offen gelassen (S. 8 Ziff. 2.6.4). Die Beschwerdeführerin bemängelte sodann das Gutachten, insbesondere in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit und die Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung (S. 8 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin stellte sich zudem auf den Standpunkt, dass die Beschwerdegegnerin das Problem der somatoformen Störung - auch im Rahmen des Gutachtens vom 30. März 2010 - nicht ausreichend abgeklärt habe. Aus diesem Grund sei ein fachärztliches Gutachten einzuholen (S. 14 Ziff. 4).

2.3 Ä Ä Ä Ä Strittig und zu präfen ist mithin, ob und in welchem Ausmass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der letzten Anspruchsprüfung im Jahre 2006 verändert haben.

### E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchrelevanten Änderung bildet die Verfügung vom 18. Dezember 2006 (Urk. 7/71), welche auf einer materiellen Prüfung des Rechtsanspruchs beruhte (vorstehend E. 1.3). Im Zeitpunkt der Ablehnung dieses letzten Rentengesuchs präsentierte sich die relevante medizinische Aktenlage wie folgt:

3.2. Am 28. März 2006 (Urk. 7/58/5-6) stellte Dr. med. A.\_\_\_\_, Arzt für Innere Medizin FMH, bei welchem die Beschwerdeführerin seit 24. Februar 2003 in Behandlung steht, in seinem Arztbericht folgende Diagnosen (lit. A):

- depressive Entwicklung mit Schmerzverarbeitungsstörung
- cervicospodylogenes Syndrom links
- Diskusprotrusion C5/6
- muskuläre Dysbalance
- pancochleäre Innenohrschwerhörigkeit beidseits

Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin befinde sich in regelmässiger psychiatrischer Betreuung bei Dr. med. B.\_\_\_\_, wobei aktuell eine antidepressive Therapie mit Trittico und Tryptizol durchgeführt werde. Die Beschwerdeführerin suche ihn regelmässig wegen exazerbierenden Nacken- und Schulterschmerzen mit Ausstrahlung vor allem in den linken Arm auf. Es seien medikamentöse und physiotherapeutische Massnahmen erfolgt (lit. D. 3).

Weiter gab Dr. A.\_\_\_\_ an, die Beschwerdeführerin würde zu 20 % als Raumpflegerin in einer Schule arbeiten, wobei sie dieses Pensum gerne erhöhen möchte. Leider könne aber das Arbeitspensum wegen den rezidivierenden belastungsabhängigen beschriebenen Beschwerden nicht erhöht werden. Immer wieder komme es bei gewissen Haushaltsarbeiten (Heben von Lasten, Staubsaugen) zu vermehrten Beschwerden, weshalb immer wieder der Ehemann der Beschwerdeführerin und ihr Sohn im Haushalt behilflich sein müssten. Ausserdem sei eine allfällige Umschulung wegen psychischen und schmerzbedingten Konzentrationsschwierigkeiten illusorisch (lit. D. 5). Es bestehe insgesamt eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Raumpflegerin) von 80 % ab dem 1. März 2005 bis auf Weiteres (lit. B).

3.3. Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. Zofia B.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 5. April 2006 (Urk. 7/60) zuhanden der Beschwerdegegnerin, und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A):

- larvierte, somatisierte Depression, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, Albträumen und Angstsymptomatik (ICD-10 F32.11/8) bei chronischem Schmerzsyndrom
- phobische Angst vor Brustkrebs ICD-10 (F45.4/2)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. B.\_\_\_\_ eine Migräne und eine pancochleäre Innenohrschwerhörigkeit / Hypoakusis.

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin beklage, sie leide an Schmerzen (Kopf, rechtes Bein, Wirbelsäule und rechte Hand), habe seit dem Beobachten von Autoeinbrecher Angst entwickelt und sie befürchte, an Brustkrebs zu sterben (lit. D. 3). Ausserdem fühle sie sich müde, sei nervös und innerlich angespannt sowie interessen- und freudlos. Die Beschwerdeführerin wirke deprimiert, ratlos, ängstlich, innerlich unruhig, angespannt und versuche ihre Probleme herunterzuspielen (lit. D. 4).

Das Denken der Beschwerdeführerin sei formal kohärent, inhaltlich aber auf die Schmerzproblematik, Arbeitsunfähigkeit und damit mit der Angst vor der

Zukunft eingengt. Es beständen keine Anhaltspunkte für psychotisches Erleben. Die Beschwerdeführerin sei ferner misstrauisch, habe angegeben, die Medikamente seien nutzlos und die Physiotherapie würde die Schmerzen nur vorübergehend lindern (lit. D. 4).

Die Beschwerdeführerin sei wegen Herzklopfen im Sommer 2005 notfallmässig im Spital untersucht worden. Die Beschwerdeführerin sehe keine Zukunft für sich und möchte jedoch mit grosser Mühe und Beharrung ihren 20%igen Arbeitsplatz als Putzfrau in der Schule (7 h/Woche), wobei ihr Ehemann ab und an für sie einspringen müsse, behalten. Dabei würden sich ihre Schmerzen verstärken, worauf sie mit Angst reagiere, nicht mehr arbeiten zu können. Sie fühle sich zudem schuldig, dass es der Familie wegen ihr schlecht gehe, und dass sie ihren 13-jährigen Sohn nicht erziehen könne (lit. D. 4 und D. 7a).

Als therapeutische Massnahme empfahl Dr. B. eine Pharmakotherapie und psychotherapeutische Gespräche (lit. D. 6). Eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei auf längere Sicht unwahrscheinlich (lit. D. 7b) und in der bisherigen Berufstätigkeit (Putzfrau) bestehe ab 1. Mai 2004 bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % (lit. B).

#### **E. 4**

4.1 Im Zusammenhang mit der erneuten strittigen Rentenmeldung finden sich folgende Berichte:

4.2 Mit Bericht vom 2. Februar 2007 (Urk. 7/82/8-9) stellte Dr. med. C., Neurologie FMH, folgende Diagnosen (S. 1 oben):

- höchstens diskretes, rein sensibles Carpal-tunnelsyndrom (CTS) rechts, Status nach CTS-Release links (Oktober 2003), hier neurographisch praktisch normaler nervus medianus

- Neigung zu generalisiertem Schmerzsyndrom

- Attacken eines migräneartigen Kopfwahs

Dr. C. führte aus, nach der erfolgten Operation hätten sich die Handschmerzen der Beschwerdeführerin verringert, jedoch sei es zu Schmerzen im Bereich des Epicondylus humeri radialis links gekommen. Die Beschwerdeführerin beklage sich über Taubheitsgefühle in beiden Händen, welche sich während der Arbeit und durch die Kälte verstärkten. Sie leide zudem an Schmerzen im Rücken-, Nackenbereich und in den Beinen sowie an Kopfschmerzen (S. 1 Mitte).

Es beständen keine Muskelatrophien und keine motorischen Schwächen (S. 1 unten). Die Genesung der intermittierenden Taubheitsgefühle beider Hände sei offen, eventuell schmerzinteraktiv. Von einer dem Taubheitsgefühl der Hände zugrundeliegenden cervicalen Myelopathie sei nicht auszugehen: Das Magnetic Resonance Imaging (MRI) der Halswirbelsäule (HWS) zeige keine Hinweise für eine Myelonkompromittierung. Auch ein Thoracic outlet-Syndrom sei in Berücksichtigung der Anamnese nicht anzunehmen. Nebst eines weitgehend generalisierten Schmerzsyndroms bestehe ein migräneartiges Kopfwah. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine anderen Konsequenzen als die bereits erfolgten (S. 2 Mitte).

4.3. Am 10. Januar 2008 wurde die Beschwerdeführerin ambulant im Stadtspital Z. Zürich, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, rheumatologisch untersucht, worüber am 30. Januar 2008 berichtet wurde (Urk. 7/82/10-12). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1 Mitte):

- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links
- Verdacht auf Facettenüberlastung L5/S1 links bei Spondylarthrosen
- leichtgradige Osteochondrose L4/5 und L5/S1
- Skoliose, Flachrücken
- cervicobrachiales Schmerzsyndrom links
- Osteochondrose C4/5 und C5/6
- MRI HWS 2003: keine cervicale Myelopathie
- Fingerpolyarthrosen
- Carpaltunnelsyndrom rechts (Januar 2007)
- Status nach CTS-Operation links (Oktober 2003)
- Depression

Die berichtende Oberärztin gab an, die Beschwerdeführerin beklage sich über lumbale Schmerzen, welche vor allem bei längerem Sitzen oder Stehen auftraten. Zudem habe sie Gefühlsstörungen in den Fingerspitzen rechtsseitig, wobei mittels Physiotherapie eine Schmerzlinderung erreicht worden sei (S. 2 oben). Bei der Beschwerdeführerin beständen multilokuläre Beschwerden des Bewegungsapparates, welche sich jedoch jeweils auch somatischen Befunden zuordnen liessen. Einerseits bestehe ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei leicht- bis mittelgradigen degenerativen Veränderungen der HWS, zudem ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit reproduzierbarem Schmerz bei Lendenwirbelsäule (LWS)-Lateralflexion und Extension, entsprechend einem positiven Quadrantentest, was für ein Facettenschmerzsyndrom bei Spondylarthrosen spreche. Im Bereich der rechten Hand seien die Gefühlsstörungen einem leichten Carpaltunnelsyndrom (CTS) zuzuordnen bei positivem Phalantest sowie gutem Ansprechen auf Nachtschiene. Die angegebenen Fingerbeschwerden seien einer Fingerpolyarthrose zuzuordnen. Hinweise für eine entzündlich rheumatische Erkrankung beständen nicht (S. 2 unten).

Hinweise für ein Fibromyalgiesyndrom beständen aktuell nicht. Aus diesem Grund sei der Beschwerdeführerin eine gezielte Behandlung der lumbalen Schmerzen mit einer Facettengelenksinfiltration vorgeschlagen worden. Sofern die Beschwerdeführerin keine Facettengelenksinfiltration wünsche, sei primär eine die LWS stabilisierende Physiotherapie weiterzuführen mit Übergang in medizinische Trainingstherapie zum Aufbau der Rumpfmuskulatur (S. 3 oben).

4.4. Dr. A. nannte im Bericht vom 4. Juni 2008 (Urk. 7/82/3-7) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1):

- mittelgradige depressive Verstimmung mit Schmerzverarbeitungsstörung und Fibromyalgiesyndrom-Beschwerden
- cervicospondylogenes Syndrom links

- Osteochondrose C4/5 und C5/6
- Diskusprotrusion C5/6
- muskuläre Dysbalance
- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links
- Spondylarthrosen L5/S1
- Osteochondrose L4/5 und L5/S1, bestehend seit Januar 2004
- Fingerpolyarthrosen seit Jahren

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. A. die seit Februar 2003 bestehende arterielle Hypertonie (Ziff. 2.2). Er führte aus, die Beschwerdeführerin befinde sich nach wie vor bei Dr. B. in psychiatrischer Betreuung und beklage sich über multiple Beschwerden am Rücken, an den Armen und Händen sowie an den Beinen. Die psychische Verfassung der Beschwerdeführerin, mit einer mittlerweile mittelgradigen depressiven Verstimmung sowie einer Schmerzverarbeitungsstörung, stehe eindeutig im Vordergrund (Ziff. 4.3). Er empfahl eine regelmässige Physiotherapie, daneben NSAR, Muskelrelaxantien und eine antidepressive Therapie sowie Medikamente zur Schmerzverarbeitungsstörung (Ziff. 4.7).

Dr. A. hielt weiter fest, der Beschwerdeführerin könne seit Anfang 2007 keine Arbeit mehr zugemutet werden, da es eindeutig zu einer Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes gekommen sei (Ziff. 4.1, Ziff. 4.3).

Mit Bericht vom 30. Juni 2008 (Urk. 7/88) hielt Dr. B. fest, die Beschwerdeführerin am 17. Juni 2008 letztmals untersucht zu haben (Ziff. 3.2), und stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), Alpträume und Angstsymptomatik bei chronischen Schmerzen

- phobische Angst vor Brustkrebs ICD-10 (F45.4/2)

Dr. B. nannte zudem die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2):

- panschlechte Innenohrschwerhörigkeit / Hypoakusis
- Migräne
- Probleme in der Beziehung zu ihrem Ehemann

Die Beschwerdeführerin habe beklagt, müde, kraftlos, traurig, nervös, vergesslich und innerlich angespannt zu sein. Wegen anhaltenden Schmerzen in der Brust meine sie, Krebs zu haben. Mit grosser Mühe und Beharrlichkeit könne sie ihren 20%igen Arbeitsplatz halten, dafür sei sie zu Hause auf die Hilfe ihres gewalttätigen Ehemannes angewiesen. Gleichzeitig habe sie Angst, vom Ehemann verlassen zu werden und arbeitsunfähig sowie mittellos mit ihrem Sohn zu bleiben (Ziff. 3.4).

Nebst den bereits am 5. April 2006 (vgl. E. 3.3) erhobenen Befunden fÄhrte Dr. B. aus, die BeschwerdefÄhrerin leide an GedÄchtnis-, Konzentrations- und SchlafstÄrungen. Ferner sei sie auf die Schmerz- und Phobieproblematik eingengt, es gebe jedoch keine Anhaltspunkte fÄr psychotische Symptome, Wahnideen, Halluzinationen, Ich-StÄrungen, SuizidalitÄt oder FremdgefÄhrdung. Ein sozialer RÄckzug sei gegeben (Ziff. 3.5). FÄr die bisherige wie auch fÄr die behinderungsangepasste TÄtigkeit attestierte die behandelnde Psychiaterin der BeschwerdefÄhrerin eine ab Mai 2004 geltende 20%ige ArbeitsfÄhigkeit (Ziff. 5.2).

4.6 Am 14. Oktober 2008 erstattete die Ärztin der Klinik fÄr Rheumatologie und Rehabilitation, Stadtspital Z., ergÄnzend zum Bericht vom 10. Januar 2008 (vgl. E. 4.3) einen Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/91/7-11). Dabei wiederholte sie die aktenkundigen Diagnosen (Ziff. 2.1), wobei die Diagnose ÄDepressionÄ nicht mehr genannt wurde.

ErgÄnzend fÄhrte die Ärztin aus, seit fÄnf Jahren gehe die BeschwerdefÄhrerin an zwei Abenden pro Woche einer Reinigungsarbeit nach. Retrospektiv kÄnne keine Stellung zur ArbeitsfÄhigkeit genommen werden, da sie die BeschwerdefÄhrerin nur einmalig am 10. Januar 2008 gesehen habe (Ziff. 1.2a, Ziff. 3). Aus rheumatologischer Sicht bestehe jedoch keine EinschrÄnkung fÄr eine angepasste TÄtigkeit (Ziff. 1.2b, Ziff. 6.2). Als soziale Faktoren, welche die Gesundheit und/oder ArbeitstÄtigkeit der BeschwerdefÄhrerin beeinflussen kÄnnten, nannte die Ärztin den Migrationshintergrund, ansonsten seien keine sozialen Faktoren bekannt (Ziff. 6.3).

4.7 Am 30. MÄrz 2010 erstattete Dr. med. Y., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/113). Er stÄtzte sich auf die ihm Äberlassenen Akten (S. 2 f., vgl. S. 18 ff. Ziff. 9), die Angaben der BeschwerdefÄhrerin und der behandelnden Psychiaterin sowie auf die Ergebnisse seiner am 1. Dezember 2009 erfolgten gutachterlichen Exploration der BeschwerdefÄhrerin (S. 1 f.) und nannte folgende Diagnose (S. 9 Ziff. 4):

- chronische SchmerzstÄrung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)
- Angst und depressive StÄrung, gemischt (F41.2)

Dr. Y. fÄhrte aus, die BeschwerdefÄhrerin arbeite seit 2005 als Reinigungskraft; zunÄchst habe sie zweimal pro Woche (jeweils drei bis vier Stunden) gearbeitet und seit 2009 arbeite sie fÄnfmal pro Woche (jeweils drei Stunden). ZusÄtzlich sei sie seit Mitte 2008 mit zwei Stunden pro Samstag in einer Praxis tÄtig und mit weiteren ein bis zwei Stunden pro Woche in einem Privathaushalt. Somit arbeite sie seit 2009 gesamthaft bis zu einem Arbeitspensum von 48 % (S. 4 unten, S. 10 oben).

Eine erste ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei, gemÄss den Angaben der BeschwerdefÄhrerin, im Jahr 2002 erfolgt. Anlass sei ein GefÄhl der Äberforderung und des Unwohlseins gewesen. Die BeschwerdefÄhrerin sei von ihrem Hausarzt, Dr. A., 2004 an die behandelnde Psychiaterin, Dr. B., Äberwiesen worden. Da Dr. B. im Dezember 2008 in den Ruhestand getreten sei, sei die BeschwerdefÄhrerin seit April 2009 ein- bis zweimal pro Monat in einer von Dr. med. D. delegierten Psychotherapie bei einem aus dem Kosovo stammenden albanischen Psychiater, dessen Name unbekannt sei (S. 10).

Die Beschwerdeführerin habe erwähnt, ihre Schwierigkeiten hätten 2004 zunächst mit Schmerzen in den Händen begonnen. Mit der Arbeit in der Metzgerei seien auch ihre Rückenschmerzen aufgetreten. Zusätzlich habe sie 2004 einen Schock erlitten, da sie einen Autodiebstahl erlebt habe. Dadurch sei sie schwerhörig geworden. Sie leide ferner an weiteren Schmerzen (Bein, Rücken, Nase, Augen), Schlafstörungen und müsse viel über allgemeine Kriegserfahrungen sowie den Tod des jüngeren Bruders nachdenken (S. 10).

Dr. Y. ... führte weiter aus, die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) seien bei der Beschwerdeführerin nicht ausreichend erfüllt. Es sei statt dessen von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäß ICD-10 (F45.1) auszugehen. Die Ausprägung der Störung sei dabei als objektiv maximal leicht einzustufen. Ausserdem bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Wahrnehmung und den objektivierbaren depressiven Befunden. Die vorliegenden Berichte seien zudem kaum nachvollziehbar und würden maximal ängstlich-depressive Verstimmungen der Beschwerdeführerin dokumentieren (S. 13 Ziff. 5). Die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode seien aktuell nicht erfüllt und bei der Beschwerdeführerin würden objektiv keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere, beziehungsweise in ausreichender Länge und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehen, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Es sei ferner ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass gemäß ICD-10 unter einem somatischen Syndrom gerade nicht körperliche, psychosomatische oder ähnliche Befindlichkeitsstörungen gemeint seien (S. 14).

Der Gutachter führte weiter aus, bei der Beschwerdeführerin sei keine psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer erkennbar. Die Beschwerdeführerin nehme - wenn auch subjektiv eingeschränkt - regelmässig am sozialen Leben teil (Erwerbstätigkeit, Kolleginnen treffen). Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung könne nicht angenommen werden, zumal ein Wechsel der therapeutischen Strategie und/oder des Therapeuten erst kürzlich vorgenommen worden sei. Ferner sei die Psychopharmakotherapie aktuell unklar und könne grundsätzlich aufgebaut werden (S. 15 f.).

Zusammenfassend seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten. Die in den Akten und von der Beschwerdeführerin genannte Schwerhörigkeit begründe allein aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine Unzumutbarkeit zur Überwindung der vor allem subjektiv erlebten Defizite (S. 16 f.). Demnach sei keine Minderung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gegeben (S. 17 Ziff. 6, S. 22 Ziff. 10).

## E. 5

5.1 In den seit März 2006 und bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (Oktober 2010) erstatteten ärztlichen Berichten wurden weitgehend die gleichen Diagnosen und Leiden beschrieben. Damals wurde aus somatischer Sicht ein cervicospondylogenes Syndrom links sowie eine panschleimige Innenohrschwerhörigkeit

beidseits festgestellt (vorstehend E. 3.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In den Berichten des Stadtsitals Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.3, E. 4.6), auf welche sich die Beschwerdegegnerin für ihre Verfügung vom 18. Oktober 2010 (Urk. 2) bezog und welche zudem die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich erfüllen, wurden weitgehend die gleichen Diagnosen gestellt. Zudem wurden ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links, leichtgradige Fingerpolyarthrosen und ein Carpal-tunnelsyndrom rechts diagnostiziert. Es wurde jedoch nachvollziehbar ausgeführt, dass keine Hinweise für eine entzündliche rheumatische Erkrankung beständen, und somit aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung für eine angepasste Tätigkeit vorliege.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausserdem hielt bereits Dr. Berger-Junker in ihrem Bericht vom 2. Februar 2007 fest, dass sich auch aus neurologischer Sicht keine weiteren Konsequenzen ergeben (vorstehend E. 4.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In somatischer Hinsicht ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zwar über Schmerzen klagte, diese jedoch nicht als schwer und quälend erkennbar sind. Ferner ergibt sich aus dem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin nicht angeben konnte, ob die Schmerzen dauerhaft vorhanden seien (Urk. 7/113 S. 6). Die Angaben der Beschwerdeführerin bleiben im rein Subjektiven und zudem beschreiben sie eine zumindest teilweise willkürliche Überwindbarkeit der Schmerzen; wurde doch immer wieder von ihr erwähnt, dass sie aktuell als Reinigungskraft arbeitet (vorstehend E. 3 ff.). Die vom behandelnden Hausarzt angegebenen multiplen Beschwerden (Rücken, Arme, Hände und Beine) vermöglichen die rheumatologischen Beurteilungen von Dr. Berger-Junker und der Ärztin des Stadtsitals Z.\_\_\_\_ nicht in Zweifel ziehen, zumal er selbst erwähnte, die psychische Verfassung der Beschwerdeführerin stehe im Vordergrund (vorstehend E. 4.4). Somit lässt sich eine andere Einschätzung der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit als jene im Bericht des Stadtsitals Z.\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt sei (vorstehend E. 4.6), auch aus den anderen Arztberichten nicht entnehmen. Damit ist mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass aufgrund des physisch unveränderten Gesundheitszustandes tatsächlich keine veränderten Verhältnisse vorliegen beziehungsweise keine revisionsrelevante Verschlechterung eingetreten ist.

5.2 Ä Ä Ä In psychiatrischer Hinsicht wurde vom behandelnden Hausarzt im März 2006 eine depressive Entwicklung mit Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert (vorstehend E. 3.2). In einem weiteren Bericht vom 4. Juni 2008 (vorstehend E. 4.4) stellte er gar die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Verstimmung mit Schmerzverarbeitungsstörungen und Fibromyalgiesyndrom-Beschwerden. Diesbezüglich ist zu beachten, dass es sich bei diesen Hausarztberichten nicht um fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Berichte handelt, wie dies der Gutachter zu Recht festhielt (Urk. 7/113 S. 20 und S. 21). Zudem fehlen relevante objektive psychopathologische Befunde, sodass hierauf nicht abgestellt werden kann.

Die von der behandelnden Psychiaterin im Jahr 2006 gestellten Diagnosen F32.11 und F32.8 (vorstehend E. 3.3) sind unklar. Der Gutachter wies richtigerweise darauf hin, dass eine gleichzeitige Vergabe beider Kodierungen sich logisch ausschliessen (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, Hrsg., Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch diagnostische Leitlinien, 7. überarbeitete Auflage 2010, S. 155).

Ferner kennt die ICD-10 die freie Formulierung einer lavierten, somatischen Depression nicht, womit offenbleibt, was die behandelnde Psychiaterin damit gemeint haben könnte. Die weiter von ihr gestellten Diagnosen F45.4 und F45.2 (vorstehend E 3.3) erscheinen ebenfalls unklar, da die Psychiaterin eine phobische Angst der Beschwerdeführerin vor Brustkrebs diagnostizierte, sich die phobischen Störungen jedoch unter F40 finden (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, Hrsg., a.a.O., S. 168 ff.). Die psychopathologischen Befunde sind spärlich, stützen sich primär auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und bleiben insgesamt nicht nachvollziehbar.

Die behandelnde Psychiaterin hielt sodann im Jahr 2008 (vorstehend E. 4.5) an der Diagnose einer phobischen Angst vor Brustkrebs fest und diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11), Alpträume und Angstsymptomatik bei chronischen Schmerzen. Diesbezüglich wies der Gutachter - berechtigterweise - darauf hin, dass die behandelnde Psychiaterin die genannten Diagnosen erneut nicht mit Bezug auf das Klassifikationssystem diskutiert habe und diese nicht nachvollziehbar seien. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin in der gutachterlichen Untersuchung ausdrücklich verneint, Angst vor Brustkrebs zu haben (Urk. 7/113 S. 22). Im Übrigen geht aus dem Bericht der behandelnden Psychiaterin nicht hervor, inwiefern sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen 2006 und 2008 verschlechtert haben soll. Es ist zudem zu berücksichtigen, dass aufgrund der seit März 2004 bestehenden Behandlung ein auftragsrechtliches Vertrauensverhältnis besteht, was - analog zur Rechtsprechung hinsichtlich des Beweiswertes von Hausarztberichten - eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung ihrer Berichte rechtfertigt, wird doch bei Vertrauensstellungen in Zweifelsfällen eher zu Gunsten der Patienten/innen ausgesagt (BGE 125 V 352 E. 3b/cc). Demnach sind die Berichte der behandelnden Psychiaterin weder ausreichend begründet, noch leuchten ihre Schlussfolgerungen ein, weshalb auf ihre Beurteilung nicht abgestellt werden kann.

Bei der von der Ärztin des Stadtspitals Z.\_\_\_\_ im Januar 2008 diagnostizierten Depression (vorstehend E. 4.3) handelt es sich wiederum um eine nicht fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnose, welche im entsprechenden Bericht nicht weiter begründet wurde. Demnach ist diese Diagnose nicht nachvollziehbar. Ausserdem wurde diese Diagnose in einem weiteren Bericht des Stadtspitals Z.\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2008 (vorstehend E. 4.6) nicht mehr genannt. Im letztgenannten Bericht wurde jedoch ausdrücklich erwähnt, dass aktuell bei der Beschwerdeführerin keine Hinweise für ein Fibromyalgiesyndrom beständen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in psychiatrischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 30. März 2010 abzustellen ist, denn dieses wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Ferner berücksichtigt es die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin und setzt sich mit dieser sowie deren Verhalten umfassend auseinander. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation - im Gegensatz zu den Angaben des behandelnden Hausarztes und der behandelnden Psychiaterin - ein und die Schlussfolgerungen des Gutachters sind nachvollziehbar begründet. Folglich erfüllt das Gutachten die praxisgemässen Anforderungen (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass ihm voller Beweiswert zukommt. Für die Entscheidungsfindung und insbesondere die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin kann deshalb darauf abgestellt werden.

5.3. Der Gutachter diagnostizierte im März 2010 (vorstehend E. 4.7) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), Angst und depressive Störung (F41.2). Er führte aus, die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode seien aktuell nicht erfüllt, der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass und die subjektiven Wahrnehmungen würden sich klar von den objektivierbaren depressiven Befunden unterscheiden. Es sei die (zusätzliche) Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) zu stellen. Die ängstlich-depressive Verstimmung der Beschwerdeführerin erkläre sich, so der Gutachter, vollständig als Folge des Schmerzsyndroms und psychosozialer Faktoren (Arbeitsverlust, Schock-Erlebnis 2004, Urk. 7/113 S. 15 Mitte). Die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien jedoch nicht ausreichend erfüllt und die Ausprägung der diagnostizierten Störungen sei als objektiv maximal leicht einzustufen. Ferner sei keine ausgewiesene psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer erkennbar. Sodann könne die Beschwerdeführerin alltägliche Verrichtungen ausüben, als Reinigungskraft arbeiten und nehme am sozialen Leben (Kolleginnen treffen, Erwerbstätigkeit) teil.

Zusammenfassend hielt der Gutachter fest, die von ihm gestellten Diagnosen begründeten - auch unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsanwendung - aus versicherungsmedizinischer Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Eine Willensanstrengung zur Überwindung der gering ausgeprägten objektiven psychopathologischen Defizite sei der Beschwerdeführerin aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar (S. 17 Ziff. 6).

5.4. Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet auch eine diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 130 V 253 f. E. 2.2.3).

Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus (BGE 130 V 254 E. 2.2.3).

Als Kriterien für die ausnahmsweise Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung fallen in Betracht: Chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 354 f. E. 2.2.3).

5.5. Das zentrale Kriterium einer psychischen Komorbidität ist offensichtlich nicht gegeben. Vom psychiatrischen Gutachter wurde das Bestehen einer primären



