

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00293 vom 7. August 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-08-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00293

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00293 du 7 août 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00293 del 7 agosto 2012

Erwägungen

E. 1

leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom; lange Phase von Arbeitsunfähigkeit;

E. 2

Visusstörungen beidseits; Quadrantenanopsie beidseits links oben nach zerebrovaskulärem Insult vom 6. Januar 2008 und Amblyopie rechts Auge nach Strabismusoperation;

E. 3

chronisches lumbospondylogenes Syndrom

- 13. Juni 2002: Interlaminotomie

Lendenwirbelkörper(LWK)5/Sakralwirbelkörper(SWK)1 links, apikale Rezessotomie SWK1 links und Luxatentfernung LWK5/SWK1 links und interkorporelle Nachdekompression von LWK5/SWK1;

- leichtgradige Osteochondrosen LWK2 bis LWK4;

- mässiggradige Osteochondrose von LWK5/SWK1;

E. 4

Adipositas mit Body-Mass-Index von 34;

E. 5

Nikotinkonsum von circa 4 Packungsjahren;

E. 5.2

5.2.1.1 In psychiatrischer Hinsicht begründeten die beiden Nichtpsychiater Dr. F. ___ und Dr. Z. ___ im Jahre 2003 die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit einer depressiven Episode beziehungsweise Entwicklung mit psychotischer Symptomatik (vgl. E. 3.1.1-2). Dr. Z. ___ begründete dabei damals die fehlende Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen mit dem psychischen Gesundheitszustand (vgl. E. 3.1.2). Rund fünf Jahre später stellte der psychiatrische Gutachter Dr. A. ___ fest, dass es unterdessen zu einer deutlichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands gekommen sei. Mittlerweile besitze das psychische Leiden - er diagnostizierte eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom gemäss ICD-10 F32.01 mit Besserung seit Jahresanfang 2008 sowie eine lange Phase von Arbeitsunfähigkeit gemäss ICD-10 Z56 - nur noch zu einem geringen Teil Krankheitswert. Es seien psychosoziale Faktoren beziehungsweise ungünstige krankheitsfremde Faktoren massgeblich für die fehlende

Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Eine Motivation zur Wiederaufnahme einer beruflichen Leistung sei nicht vorhanden. Die Beschwerdeführerin könne gut mit ihren Rentenleistungen leben. Es sei ein sekundärer Krankheitsgewinn gegeben. Zumindest seit dem Jahresanfang 2008 sei eine deutliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands vorhanden (E. 3.3.2).

5.2.2.2 Das Gutachten von Dr. A. ___ entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweismässiges ärztliches Gutachten. Es beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen - die Beschwerdeführerin wurde klinisch untersucht, wobei sie erklärte, dass es ihr seit Anfang des Jahres 2008 psychisch deutlich besser gehe (Urk. 6/45/5) - und setzt sich mit dem Verhalten der untersuchten Person auseinander. So fiel Dr. A. ___ denn auch auf, dass sie sich wahrscheinlich aggraviorisch verhält und die medikamentöse Behandlung der Depression nicht befolgt (vgl. E. 3.3.2). Das Gutachten ist zudem in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden. Was die von Dr. A. ___ angeführten psychosozialen bzw. ungünstigen krankheitsfremden Faktoren anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unberücksichtigt zu bleiben haben (BGE 127 V 294 E. 5a). Dr. A. ___ hat dies bei der Bemessung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit jedoch offensichtlich berücksichtigt, als er zwischen fehlender Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit unterschied sowie die Arbeitsunfähigkeit auf höchstens 20 % einschätzte (vgl. E. 3.3.2). In den Akten findet sich kein ärztlicher Bericht, welcher der objektiven Einschätzung Dr. A. ___s und der eigenen, subjektiven Angabe der Beschwerdeführerin widerspricht, dass es ihr seit Jahresanfang 2008 in psychiatrischer Hinsicht wesentlich besser geht.

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten von Dr. A. ___ von einer wesentlichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgegangen ist und die Arbeitsfähigkeit psychisch bedingt als mittlerweile höchstens zu 20 % eingeschränkt ansieht. Die Beschwerdeführerin zeigte nur noch ein leicht depressives Zustandsbild, während im Jahre 2005 die Depression offenbar schwerwiegender Natur und von psychotischen Symptomen begleitet war (vgl. E. 3.1.1-2). Die nach wie vor vorhandenen krankheitsfremden Faktoren, welche das depressive Zustandsbild ungünstig reaktiv beeinflussen (vgl. E. 3.1.1; E. 3.3.1-2) und offenbar das zentrale Problem darstellen (vgl. E. 3.3.1-2), sind auf keine psychiatrische Erkrankung mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zurückzuführen.

E. 5.3

5.3.1 Dr. B. ___ hielt die Beschwerdeführerin in seinem (Teil-)Gutachten vom 31. März 2008 aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht in Bezug auf die früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten dazumal - seit Dezember 2002 - phasenweise, jedoch nicht immer, zu maximal 20 % eingeschränkt, während für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mässiggradig körperlich belastenden Arbeitsprofil keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Hinsichtlich einer leidensangepassten leichten Verweistätigkeit sei derzeit aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorhanden (E. 3.3.1).

5.3.2.2 Das Gutachten von Dr. B. ___ beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin umfassend auseinander. Es berücksichtigt insbesondere, dass von ihr die Bewegungen der Lendenwirbelsäule in allen Ebenen als ungefähr gleich schmerzhaft geschildert worden sind und in der segmentalen Funktionsprüfung keine deutliche Schmerzzunahme bei der Stressung der axialen Bewegungssegmente beziehungsweise Facettengelenke angegeben worden ist (E. 3.3.1). Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung des Experten ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Es erfüllt daher die praxisgemässen Anforderungen (E. 1.7) vollumfänglich, sodass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. Das Gutachten wird von der Beschwerdeführerin abgesehen von seinem Erstellungsdatum denn auch nicht beantragt (vgl. Urk. 1). Der rund 2.5 Jahre ältere, mit entsprechenden aktuellen, objektiven Befunden begründete Bericht von Dr. H. ___ und Dr. I. ___ weicht von der Beurteilung seitens von Dr. B. ___ bezüglich der Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit freilich nur insofern ab, als Dr. H. ___ und Dr. I. ___ leichte bis beginnend mittelschwere Tätigkeiten trotz lumbospondylo-genem Schmerzsyndrom als theoretisch zu 100 % zumutbar erachten (vgl. E. 3.3.4). Demgemäss kann vorliegend mit Dr. B. ___ davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit in orthopädischer Hinsicht nunmehr höchstens zu 20 %, und zwar nur in Bezug auf die früher ausgeübten Tätigkeiten eingeschränkt ist (vgl. E. 3.3.1).

E. 5.4

Der ophtalmologische Bericht von Prof. Dr. C. ___ und Dr. D. ___ (E. 3.3.4) ist nachvollziehbar objektiv begründet, so dass auf ihre Einschätzung der ophtalmologisch verbleibenden Arbeitsfähigkeit - 100 % in leidensangepasster Tätigkeit - abgestellt werden kann. Der Bericht von Dr. med. K. ___, Assistenzärztin an der Augenpoliklinik des Spitals L. ___, vom 13. Mai 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin enthält keine eigene Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 6/47).

5.5.2.2 Demnach kann auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. B. ___ und Dr. A. ___ abgestellt werden und ist mit den Gutachtern davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin rheumatologisch-psychiatrisch betrachtet in ihren früheren Tätigkeiten, soweit diese behinderungsangepasste leichte Tätigkeiten sind, sowie in allen anderen leidensangepassten leichten Tätigkeiten maximal zu 20 % arbeitsunfähig ist.

Da gemäss Prof. Dr. C. ___ und Dr. D. ___ aus augenärztlicher Sicht grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepassten Tätigkeiten gegeben ist, kann folglich insgesamt höchstens eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit angenommen werden. Leidensangepasst sind sämtliche Tätigkeiten, welche sowohl in rheumatologischer als auch in ophtalmologischer und psychiatrischer Hinsicht behinderungsangepasst sind, das heisst sich auf leicht- bis mässiggradig körperlich belastende Arbeiten beschränken, in einem wohltemperierten Raum stattfinden, wechselbelastend sind, kein repetitives Bewegen von Lasten schwerer als 10 kg erfordern, kein Stereosehen voraussetzen sowie keine Nebkopfarbeiten verlangen. Für bisherige (Montage-)Arbeiten, die Nebkopfarbeiten beinhalten, ist demgegenüber gestützt auf den Bericht von Prof. Dr. C. ___ und Dr. D. ___ von einer

100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Dies gilt zumindest seit August 2010, dem Datum der ophthalmologischen Berichte von Prof. Dr. C.____ und Dr. D.____.

Zusammengefasst besteht somit seit mindestens August 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für bisherige (Montage-)Tätigkeiten mit Augenkopfarbeiten sowie eine mindestens 80%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche leidensangepassten Tätigkeiten, wie dies auch RAD-Arzt Dr. M.____ in seiner abschliessenden Gesamtschau angenommen hat (vgl. E. 3.3.6).

Die von der Beschwerdegegnerin zur Invaliditätsbemessung herangezogenen Werte (siehe Urk. 2 S. 2; Urk. 6/79; Urk. 6/80/5), welche zu einem Invaliditätsgrad von insgesamt rund 23 % führen (Urk. 2 S. 2), werden von der Beschwerdeführerin nicht gerügt (vgl. Urk. 1) und geben zu keinen Bemerkungen Anlass.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente zu Recht per 1. April 2011 aufgehoben. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung). Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen, welche gemäss dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzuerlegen ist.

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:

- Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf
- 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).

E. 6

Eltroxin-Substitution seit circa dem Jahr 2007; aktuell: Euthyreose;

E. 7

diffuse idiopathische skelettale Hyperostose im Status nascendi möglich.

In der klinischen Untersuchung hätten eine Adipositas, schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Lendenwirbelsäule und von der Beschwerdeführerin beschriebene Gesichtsfeldausfälle imponiert. Das Körpergewicht betrage rund 21 kg bezogen auf das statistische Normalgewicht. Die schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule betrage circa 1/3. Die Bewegungen der Lendenwirbelsäule seien jedoch in allen Ebenen als ungefähr gleich schmerzhaft geschildert worden, unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung, in der die axialen Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet werden, oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung erfolgt sei (Urk. 6/46/7). Eine derartige Beschwerdeschilderung weise hin auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden (Urk. 6/46/7-8). In der segmentalen Funktionsprüfung habe die Beschwerdeführerin auch keine deutliche Schmerzzunahme in derjenigen Situation geschildert, in der die axialen Bewegungssegmente beziehungsweise die Facettengelenke gestresst worden seien. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der Lendenwirbelsäule sei als schmerzhaft beschrieben worden, insbesondere tieflumbal, ohne dass ein korrelierender klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden können, was indes möglicherweise auch im Zusammenhang stehe mit der Pannikulose, welche die Untersuchbarkeit grundsätzlich erschwere. Radiologisch sei eine leichtgradige Osteochondrose von LWK2/3 sowie von LWK3/4 sowie eine mässiggradige Osteochondrose im lumbosakralen Bewegungssegment zur Darstellung gekommen, die derzeit nicht vordergründig somatisch eingestuft werden könnten. Radiologisch sei zudem eine leichtgradige rechtskonvexe Skoliose von maximal 8° zur Darstellung gekommen. Im Bereich der Halswirbelsäule seien lediglich diskrete Ossifikationen der vorderen Längsbandstrukturen auf Höhe von Halswirbelkörper(HWK)5/6 und HWK6/7 zur Darstellung gekommen, die vereinbar seien mit einer metabolischen Störung vom Typus der diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose im Status nascendi (Urk. 6/46/8). Die nicht dermatombezogene partielle Sensibilitätsstörung an den unteren Extremitäten sei vordergründig nicht somatisch abstützbar (Urk. 6/46/9). Insgesamt seien die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität nur partiell abstützbar auf die objektivierbaren somatisch pathologischen Befunde (Urk. 6/46/10). Hinsichtlich der Belastbarkeit sei darauf hinzuweisen, dass sich die Beschwerdeführerin im Rahmen ihres Körpergewichtes körperlich belaste. Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht - ohne Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geschilderten Visusschwäche - bezüglich der von ihr früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten derzeit phasenweise, aber nicht immer, zu maximal 20 % eingeschränkt. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mässiggradig körperlich belastenden Arbeitsprofil sei aus rein

somatisch-rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben, zumal diese Tätigkeiten in idealer Weise mit reduziertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden könnten. In Bezug auf eine angepasste, leichte Verweistätigkeit sei derzeit aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorhanden. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch, mit vermindertem Tempo, über den Tag verteilt abgeleistet werden. Der zeitliche Beginn der phasenweise bestehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei ab Dezember 2002 anzunehmen. Zuvor könne ab Januar 2002 eine zeitlich limitierte Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Die Beschwerden könnten möglicherweise günstig beeinflusst werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, welche sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtige - ohne Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geschilderten Visuschwäche - könne derzeit für eine angepasste, leichte Verweistätigkeit eine maximale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % formuliert werden. Die angepasste, leichte Verweistätigkeit liege in einem (Raumluft) temperierten Raum, beschränke sich auf leicht- bis mässiggradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Die repetitiv zu bewegenden Gewichte sollten nicht schwerer als 10 kg sein. Das Einhalten der Rückenenergonomie sei wünschenswert. Beim derzeitigen Ausmass des Übergewichts könne die Beschwerdeführerin indes nicht immer die Regeln der Rückenenergonomie einhalten. Aber auch die früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten seien - im oben erwähnten Ausmass - weitgehend zumutbar (Urk. 6/46/12). Es könnten sich jedoch allenfalls weitere Einschränkungen der Leistungsfähigkeit aufgrund der von der Beschwerdeführerin geschilderten Visuschwäche ergeben (Urk. 6/46/12-13). Es sei wünschenswert, wenn sie baldmöglichst wieder beruflich tätig werde. Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich invaliditätsfremde Faktoren wie länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz bei unterdessen langjährig ausgerichteter Invaliditätsberentung, begrenzte Deutschkenntnisse, fehlende Berufsausbildung und die Mehrfachbelastung als Alleinerziehende auswirken (Urk. 6/46/13). Die Prognose sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt - nicht unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geschilderten Visuschwäche - nicht ungünstig. Es beständen aber Hinweise dafür, dass bei der Beschwerdeführerin nicht nur somatisch abstrahierbare Beschwerden vorliegen (Urk. 6/46/13).

3.3.2 Ä Ä Dr. A. ___ führte in seinem psychiatrischen (Teil-)Gutachten vom 31. März 2008 als Diagnose eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) sowie eine lange Phase von Arbeitsunfähigkeit (ICD-10 Z56) auf. Die Arbeitsfähigkeit sei früher durch die psychische Krankheit beeinträchtigt worden. In den letzten Jahren sei es zu einer Besserung derselben gekommen, was sich auf die Arbeitsfähigkeit positiv auswirke (Urk. 6/45/8). Ab Anfang des Jahres 2008 könne das Ausmass der depressiven Episode als leichtgradig bezeichnet werden. Die Besserung der Depression sei deutlich. Das vorhandene chronische somatische Schmerzsyndrom begleite die depressive Episode (Urk. 6/45/7). Es bestehe nun aber keine Motivation zur Wiederaufnahme einer beruflichen Leistung. Aggravation sei wahrscheinlich (Urk. 6/45/6).

Seit Anfang des Jahres 2008 sei die Arbeitsfähigkeit noch zu 20 % eingeschränkt. Dies gelte für Tätigkeiten, wie die Beschwerdeführerin diese früher ausgeübt habe. Als Hausfrau sei sie nicht eingeschränkt, denn bei alltäglichen Verstimmungen könne sie die Arbeit auf später verschieben. Angesichts der deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes sei sie aus psychiatrischer Sicht in der Ausübung einer angepassten Arbeitstätigkeit ebenfalls zu nicht mehr als 20 % eingeschränkt (Urk. 6/45/8). Eine adäquate Psychopharmakotherapie könne die Arbeitsfähigkeit zusätzlich steigern. Die medikamentöse Behandlung werde von der Beschwerdeführerin indes nicht befolgt, offenbar sehe sie diese nicht mehr als notwendig an (Urk. 6/45/9). Das psychische Leiden besitze heute nur noch zu einem geringen Teil Krankheitswert. Die Beschwerdeführerin habe es vermocht, die sich verbessernde Arbeitsfähigkeit nach und nach zu steigern, weshalb jetzt eine berufliche Dekonditionierung bestehe. Es spielten daher ungünstige psychosoziale Faktoren eine Rolle. Insbesondere könne die Beschwerdeführerin gut mit ihren Rentenleistungen leben (Urk. 6/45/10).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtige, könne derzeit für eine angepasste, leichte Verweistätigkeit eine maximale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % formuliert werden (Urk. 6/45/10).

3.3.3 Ä Ä Prof. Dr. C. ___ und Dr. D. ___ gaben in ihrem ophthalmologischen Gutachten vom 3. August 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/69) folgende ophthalmologische Diagnose an (S. 2):

- homonyme superiore Quadrantenanopsie nach links bei Status nach Infarkt der Arteria cerebri posterior rechts im Januar 2008;
- zusätzliche homonyme superiore Quadrantenanopsie nach rechts ohne morphologisches Korrelat;
- tiefe Amblyopie rechts ex kongenitalem Schielsyndrom mit konsekutivem Strabismus divergens, Hypotropie rechts und Nystagmus latens rechts;
- Status nach Schieloperation ungefähr im Jahre 1975 in der Türkei;
- leichter Astigmatismus mixtus rechts>links;
- beginnende Presbyopie.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus ophthalmologischer Sicht sei trotz funktioneller Monokelsituation links und einem durch die Summation einer homonymen Quadrantenanopsie nach links oben und neu auch noch nach rechts oben - also neu einem quasi vollständigen altitudinalen Gesichtsfeldausfall nach oben - an sich eine angepasste Tätigkeit möglich. Diese sollte jedoch aufgrund der funktionellen Einseitigkeit kein Stereosehen voraussetzen und aufgrund des Gesichtsfeldausfalls nach oben keine Ankerkopfarbeiten erfordern, was bei Montgearbeiten kaum gegeben sei. Aus augenärztlicher Sicht sei keine Verbesserung der Situation zu erreichen. Die Beschwerdeführerin erreiche mit ihrer Brille eine volle Sehschärfe mit dem linken Auge, für das rechte amblyope Auge lasse sich keine Verbesserung der Sehschärfe erreichen. Auch bezüglich des Gesichtsfeldausfalles sei keine Verbesserung möglich. In einer angepassten Tätigkeit, die kein Stereosehen voraussetze und keine Ankerkopfarbeiten verlange, könne aus rein

augenärztlicher Sicht ein reduziertes Arbeitspensum wieder aufgenommen werden. Allerdings sollten in die Gesamtbeurteilung der Arbeitsunfähigkeit unbedingt auch die chirurgischen und psychiatrischen Diagnosen miteinbezogen werden (S. 3). Die tiefe Schiel-Amblyopie am rechten Auge bestehe seit Kindheit und beinhalte keinen Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei trotz funktioneller Monokelsituation links bis anfangs des Jahres 2002 problemlos zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Der Infarkt, der zu einer homonymen Quadrantenanopsie nach links oben geführt habe, habe die Beschwerdeführerin im Jahre 2008 erlitten. Zu diesem Zeitpunkt sei sie bereits sechs Jahre aufgrund der chronischen Rückenschmerzen und der schweren Depression mit paranoidem Einschlag arbeitsunfähig gewesen. Aus augenärztlicher Sicht sei grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit gegeben, aufgrund der inzwischen neu erlittenen Quadrantenanopsie auch nach rechts oben allerdings nicht mehr zu einem vollen Pensum und nicht mehr für (Montage-)Arbeiten, die Überkopfarbeiten beinhalteten. In der Magnetresonanztomographie vom 25. September 2009 sei bezüglich der Quadrantenanopsie nach rechts oben kein morphologisches Korrelat zu sehen gewesen. Es sei daher eine Erholung dieses zusätzlichen Gesichtsfeldausfalls nach rechts möglich. Durch den im Januar 2008 erlittenen Insult mit konsekutiver Quadrantenanopsie nach links oben sei es zu einer Verschlechterung der Situation und anschliessend im Verlauf des Jahres 2009 zu einer erneuten Verschlechterung durch eine zusätzliche Quadrantenanopsie nach rechts oben gekommen. Deren Ursache sei nicht klar und am ehesten als funktionell zu werten (S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Stellungnahme vom 31. August 2010 ergäuzte Dr. D. ____, dass bei einer behinderungsangepassten Tätigkeit, die mit einer funktionellen Einbegigkeit möglich sei, kein Stereosehen voraussetze und keine Überkopfarbeiten erfordere, aus augenärztlicher Sicht prinzipiell eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben sein würde (Urk. 6/71).

3.3.4 Ä Ä Dr. med. H. ____, Oberärztin, und Dr. med. I. ____, Assistenzarzt in der Orthopädie der Klinik J. ____, nannten in ihrem Bericht vom 25. Oktober 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit folgende:

- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits, links mehr als rechts bei rezessalen Stenosen L4/5 beidseits, Status nach Dekompression L5/S1 links im Jahre 2002 sowie Status nach Fazetteninfiltration L4/5 beidseits im Mai 2010;
- Status nach zerebrovaskulärem Insult Arteria cerebri posterior mit konsekutiver Quadrantenanopsie links im Jahre 2009;
- reaktive Depression und Panikattacken nach Verlust des Ehegatten im Jahre 2002 (ICD-10 F41.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie eine Hypothyreose, Erstdiagnose im Jahre 2006, an (Urk. 6/73/2). Klinisch habe sich ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Hinweise auf eine Radikulopathie präsentiert. Radiologisch hätten sich eine rechtskonvexe Skoliosehaltung lumbal sowie ventrale Spondylosen L2-S1 gezeigt (Urk. 6/73/3). Aus rheumatologischer Sicht bestehe bei einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom theoretisch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte bis beginnend mittelschwere Tätigkeiten. Im Kontext müsse aber der Status nach zerebrovaskulärem Insult sowie die reaktive Depression nach Verlust des

Ehemannes berücksichtigt werden. Unter intensiven physikalischen Massnahmen habe während der Hospitalisation vom 16. August bis am 4. September 2010 (Urk. 6/73/2) ein signifikanter Rückgang der Beschwerdesymptomatik registriert werden können (Urk. 6/73/4).

3.3.5 RAD-Arzt Dr. M.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 17. November 2010 fest, dass für behinderungsangepasste Tätigkeiten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit seit August 2010 ausgegangen werden könne. Angepasst seien dabei - aufgrund des orthopädischen Leidens - leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten schwerer als 5 kg, ohne Verharren in Zwangshaltungen und - aufgrund des ophthalmologischen Leidens - Arbeiten ohne die Notwendigkeit für ein Stereosehen. Für die angedeutete reaktive Depression aus dem Jahr 2002 gebe es keinerlei Hinweise, dass diese eine Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 6/80/5).

3.3.6 In seiner Stellungnahme vom 28. Januar 2011 schrieb RAD-Arzt Dr. M.____, es sei in der Gesamtschau davon auszugehen, dass die bisherige Tätigkeit nicht mehr, behinderungsangepasste Tätigkeiten - insbesondere rückenschonende Tätigkeiten und Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an das Stereosehen - indes zu 80 % zumutbar seien. Dies gelte seit August 2010 (Urk. 6/80/6).

4. Die Beschwerdeführerin kann sich wegen ihrer gesundheitlichen Beschwerden ausdrücklich nicht mehr vorstellen, eine berufliche Tätigkeit auszuüben (vgl. Urk. 6/46/10). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin nicht entscheidend ist. Massgebend ist die medizinisch begründete und nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wobei es sich hierbei um eine medizinisch-theoretische Beurteilung handelt, weshalb nicht ausschlaggebend ist, ob eine versicherte Person die ihr aufgrund der medizinischen Befunde und Diagnosen an sich mögliche Arbeitsfähigkeit auch tatsächlich verwertet.

5. Die Beschwerdeführerin

5.1 Die Beschwerdeführerin Dr. F.____ ging in seinem Bericht vom 24. April 2003 davon aus, dass in orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht während längerer Zeit eine Arbeitsunfähigkeit von über 70 % bestehe (E. 3.1.1), und Dr. Z.____ in seinem Bericht vom 23. Mai 2003, dass allgemeinmedizinisch und in psychischer Hinsicht seit dem 8. April 2002 dauerhaft eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben sei (E. 3.1.2).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.