

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00316 vom 17. April 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-04-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00316

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00316 du 17 avril 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00316 del 17 aprile 2012

Erwägungen

E. 2

Gegebenenfalls sei die Sache an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer Abklärungen (insbesondere bezüglich Arbeitsversuch und Abklärung von beruflichen Massnahmen etc.) zurückzuweisen.

E. 3

Es sei dem Beschwerdeführer eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen.

E. 4

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen."

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Mai 2011 ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 16. Mai 2011 angezeigt wurde (Urk. 8).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Invalidität

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 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. Während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden konnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 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 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte 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).

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formale Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen

daher zum vornherein verwehrt. Dem Beschwerdeführer steht es aber offen, sich jederzeit wieder zur Arbeitsvermittlung anzumelden.

3. Im Folgenden werden aus den umfangreichen medizinischen Akten nur diejenigen Berichte und Gutachten wiedergegeben, die sich zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerden seit der letzten Anmeldung vom 14. August 2008 (Urk. 7/41, Urk. 7/50) als relevant erweisen:

3.1 In Zusammenhang mit einem im Auftrag des Unfallversicherers erstellten Gutachten des Z. ___ vom 4. April 2008 (Urk. 7/56/37-47) wurden als Diagnosen auf dem neurootologischen Gebiet ein Status nach einem zweifachen Lärmtrauma am 18. April und 8. Mai 2007 mit/bei einem Tinnitus auris beidseits, ein Verdacht auf psycho-physischen Schwindel und differentialdiagnostisch eine vestibuläre Migräne aufgeföhrt. Als Nebendiagnosen stellten die Gutachter eine Thalassämie, ein Leberadenom und ein Leberhämangiom, ein Anstrengungsasthma, eine allergische Rhinitis sowie einen Status nach Pneumothorax rechts 1999 nach Velounfall (Urk. 7/56/45). Wegen der derzeit bestehenden Beschwerdearmut und des geringen Leidensdrucks in Bezug auf die Schwindelbeschwerden sahen sie keine Therapie für indiziert. Betreffend den Tinnitus empfahlen sie die Aufnahme einer kognitiven Verhaltenstherapie (Urk. 7/56/45-47).

3.2 Dr. C. ___, der den Beschwerdeführer seit Februar 2007 betreute, föhgte in seinem Bericht vom 6. Januar 2009 (Urk. 7/63) zuhanden der Beschwerdegegnerin den durch das Z. ___ erhobenen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vom Oktober 2007 (Urk. 7/63/2 Ziff. 1.1) an. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Elektromonteur (ohne Lehrabschluss) bestehe seit 8. Mai 2007 bis heute eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/63/2 Ziff. 2). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei eine Erwerbsfähigkeit von 20 Stunden pro Woche bei einem 100%igen Pensum ab sofort zumutbar (Urk. 7/63/6 Ziff. 5.2).

Aus den beigelegten Berichten des Z. ___ vom 4. Juli 2007, 3. Oktober 2007, 1. und 27. November 2008 (Urk. 7/63/22, Urk. 7/63/7-13) ergeben sich die gleichen Diagnosen. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder in einer behinderungsangepassten Tätigkeit machten die Ärzte keine Angaben.

Dr. med. G. ___, Fachärztin für Neurologie, informierte in ihrer Bericht vom 27. November 2008 (Urk. 7/63/12), dass sie die vom Beschwerdeführer geschilderte Gangstörung klinisch nicht objektivieren könne. Sie glaube, dass diese am ehesten durch eine verminderte Belastbarkeit/Interferenzanfälligkeit, wahrscheinlich im Rahmen des chronischen Tinnitus und reaktiver Schlafstörung, eventuell depressiver Entwicklung, zu sehen sei. Sie erachte es als wichtig, dass sich der Beschwerdeführer regelmässig bewege und auch Gleichgewichtsübungen durchföhre. Im Weiteren habe sie ihm einen Therapieversuch mit Magnesium zur Stabilisierung des vegetativen Nervensystems empfohlen (Urk. 7/63/13).

Dr. med. H. ___, Facharzt für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 20. August 2008 (Urk. 7/63/14) fest, dass die Beschwerden offenbar auf einer nicht objektivierbaren Ebene lägen und ein funktionelles oder psychosomatisches Geschehen differentialdiagnostisch nicht auszuschliessen sei. Im Bericht vom 8. November 2007 (Urk. 7/63/15) diagnostizierte er ein chronisches rezidivierendes Zervikovertebralsyndrom.

3.3. Im Bericht vom 4. Oktober 2009 zuhanden der Beschwerdegegnerin gab Dr. C. an, dass alle Diagnosen unverändert seien (Urk. 7/74/2), und attestierte dem Beschwerdeführer aktuell eine um ca. 50%ige verminderte Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Urk. 7/74/3 Ziff. 1.6). Eine körperlich leichte Tätigkeit sei zu 50 % ab sofort zumutbar (Urk. 7/74/4 Ziff. 1.9).

Der behandelnde Arzt fügte als Beilage ausserdem einen Bericht des Z. vom 15. Mai 2009 an, woraus Sprechstunden vom 20. Februar bis 9. Juli 2009 und die folgenden Diagnosen ersichtlich sind (Urk. 7/74/6): (1) Unterschenkelbeinödeme unklarer Genese, (2) eine rezidivierende depressive Störung, ein Verdacht auf eine Somatisierungsstörung, (3) Refluxbeschwerden, (4) eine Adipositas (BMI: 30.7 kg/m²), (5) ein Tinnitus mit Gangunsicherheit, (6) ein Leberhämangiom und Verdacht auf ein Leberadenom, (7) ein chronisches rezidivierendes Zervikovertebralsyndrom, (8) ein Asthma bronchiale, (9) eine Thalassämie Minor und (10) ein Eisenmangel unklarer Genese.

In einem Arztzeugnis vom 26. Oktober 2009 (Urk. 7/76) attestierte Dr. C. eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. November bis 30. November 2009.

3.4. Die Beschwerdegegnerin liess den Beschwerdeführer durch den RAD untersuchen. Dr. D. stellte in seinem Untersuchungsbericht vom 19. Februar 2010 (Urk. 7/86) als Hauptdiagnose einen Tinnitus und fügte als Nebendiagnosen rezidivierende depressive Störungen mit Verdacht auf eine Somatisierungsstörung sowie ein chronisches rezidivierendes Zervikovertebralsyndrom auf. Sowohl für die zuletzt ausgeübte Hilfsarbeitertätigkeit wie auch für behinderungsangepasste Tätigkeiten in Wechselbelastung, mit überwiegend sitzenden Anteilen und ohne die Notwendigkeit, auf Leitern und Gerüste zu steigen, liege eine 80%ige Arbeitsfähigkeit vor.

3.5. Auf Veranlassung von Dr. C. erfolgte vom 14. Juni bis 2. Juli 2010 eine pneumologische Untersuchung durch Dr. med. I., Spezialarzt Innere Medizin FMH, Pneumologie, Allergologie FMH. Im Bericht vom 28. Juli 2010 (Urk. 7/110/53) informierte der Pneumologe, dass er aus cardiopulmonaler Sicht keine Erklärung für die Mangelhaftigkeit und die mangelnde Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers habe.

3.6. Im Rahmen des polydisziplinären E.-Gutachtens vom 18. Januar 2011 (Urk. 7/110) wurde der Beschwerdeführer am 16. November 2010 internistisch/allgemeinmedizinisch, psychiatrisch, orthopädisch und otorhinolaryngologisch untersucht. Die Gutachter stellten (Urk. 7/110/28) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1) einen Tinnitus auris beidseits (ICD-10: H93.1), Status nach einem zweifachen Lärmt trauma 2007 und (2) einen intermittierenden Vertigo ohne Hinweis auf periphere vestibuläre Funktionsstörung, differentialdiagnostisch eine vestibuläre Migräne (ICD-10: H813.8). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie (1) eine Charakterneurose (ICD-10: F60.9), (2) impulsive Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), (3) eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), (4) ein anamnestisch chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.80) bei klinisch und bildgebend unauffälligem Befund und anamnestisch Verdacht auf nicht immer ganz adäquates Schmerzverhalten, (5) eine Adipositas (ICD-10: E66.0), (6) ein Asthma bronchiale (ICD-10: J45.9), (7) einen Status nach Spontanpneumothorax von 1998 (ICD-10: J93.1Z), (8) eine Thalassämie minor (ICD-10: D56.1), (9) ein Leberhämangiom und einen Verdacht auf ein

Leberadenom (ICD-10: D18.0, D13.4) und (10) eine Hyperurikämie (ICD-10: E79.0). Aus polydisziplinärer Sicht kamen sie insgesamt zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer aktuell körperlich schwere belastende berufliche Tätigkeiten nicht zugemutet werden könnten. Für körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeiten ohne Lärmexposition und ohne Sturzgefährdung bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % (Ganztagespensum mit um 20 % reduzierter Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs). Diese Arbeitsunfähigkeit könne auf das Jahr 2007 zurückgeführt werden (Urk. 7/110/29-30).

4. Das polydisziplinäre Gutachten des E. ___ vom 18. Januar 2011 (Urk. 7/110) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf sorgfältigen eigenen Untersuchungen und berücksichtigt sowohl die medizinischen Vorakten (Anamnese) als auch die vom Beschwerdeführer geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die darin gezogenen Schlussfolgerungen sind begründet, weshalb alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen erfüllt sind (vgl. Erwägung 1.4). Die im E. ___-Gutachten gestellten Diagnosen stimmen mit denjenigen des Z. ___ und des behandelnden Arztes Dr. C. ___ überein. Die Gutachter setzen sich schlüssig mit der anderslautenden Einschätzung von Dr. C. ___ auseinander, der dem Beschwerdeführer für die angestammte Berufstätigkeit und eine körperlich leichte Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestierte (Urk. 7/63/6, Urk. 7/74/3-4). Zutreffend führten sie dabei aus, dass die unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit vermutlich auch darauf beruhen dürften, dass sich Dr. C. ___ naturgemäss in seiner Funktion als Hausarzt vermehrt nach den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers richtet (Urk. 7/110/30). Gefolgt werden kann den Gutachtern ebenfalls in der Feststellung, dass für körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeiten ohne Lärmexposition und ohne Sturzgefährdung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % (aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs) bestehe (Urk. 7/110/29-30).

Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt (Urk. 1 S. 4-5), einschliesslich seines pauschalen Einwandes, die Gutachter hätten die ihn behandelnde Psychiaterin Dr. F. ___ nicht konsultiert beziehungsweise keinen Bericht von ihr eingeholt, vermag die Verwertbarkeit des E. ___-Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen. Denn die vom Beschwerdeführer erwähnten mittelschwere Depression und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen sind aus den früheren Berichten nicht ersichtlich, jedoch wurde er gutachterlich auch psychiatrisch beurteilt. Hievon abgesehen sind Anfragen beim behandelnden Arzt unter anderem wertvoll, wenn sie erweiterte Auskunft über Persönlichkeit und Arbeits(un)fähigkeit unter dem Aspekt der gesamten psychischen Störungen erwarten lassen (Urteile des Bundesgerichts 8C_668/2010 vom 15. März 2011 E. 6.2 und 756/05 vom 24. Januar 2006 E. 2.3). Solche Umstände liegen hier nicht vor. Der Beschwerdeführer gibt selber an, dass er erst seit dem 18. August 2010 in Behandlung bei Dr. F. ___ stehe (Urk. 1 S. 4). Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf verzichtet hat (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 137 V 69 E. 5.2 9, BGE 136 I 236 E. 5.3).

Schliesslich schmälern die Berichte des behandelnden Arztes Dr. C. ___ vom 6. Januar 2009 (Urk. 7/63), 4. Oktober 2009 (Urk. 7/74) und sein Arztzeugnis

vom 26. Oktober 2009 (Urk. 7/76) den Beweiswert des E.____-Gutachtens vom 18. Januar 2011 nicht, beruhen diese doch weitgehend auf den subjektiven Angaben und Selbsteinschätzungen des Beschwerdeführers. Daraus geht nicht hervor, weshalb aufgrund der objektiven Befunde und der gestellten Diagnosen sowohl in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer körperlich leichten Tätigkeit eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultieren soll und eine Willensanstrengung zur Überwindung der Beschwerden nicht zumutbar wäre. Auf die Berichte von Dr. C.____ ist damit mangels einer überzeugenden und nachvollziehbaren Begründung nicht abzustellen.

5. Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt aufgrund der im Wesentlichen übereinstimmenden Berichte und des polydisziplinären Gutachtens als in dem Sinne erstellt zu erachten, dass dem Beschwerdeführer weiterhin, d.h. auch nach dem 14. Februar 2005 (Urk. 7/21), die Ausübung einer behinderungsangepassten Arbeitstätigkeit zu 80 % zumutbar ist. Die im E.____-Gutachten vom 18. Januar 2011 umschriebenen Anpassungen und zumutbaren Tätigkeiten (Urk. 7/110/29, vgl. auch Urk. 7/86), dem die Beschwerdegegnerin zu Recht folgte (vgl. Urk. 2), sind nachvollziehbar. Unter diesen Umständen erbringt sich eine weitere, vom Beschwerdeführer beantragte medizinische Abklärung.

5. Der Einkommensvergleich wurde als solcher vom Beschwerdeführer nicht beanstandet, wozu aufgrund der Akten auch kein Anlass besteht. Es bleibt damit bei der Feststellung eines nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrades. Das führt zur Abweisung der Beschwerde.

6. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- lic. iur. Hubert Ritzer

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach

Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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.