

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00325 vom 11. Juni 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00325

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00325 du 11 juin 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00325 del 11 giugno 2012

Erwägungen

E. 4

4.1. Vom 16. November bis 14. Dezember 2009 weilte die Beschwerdeführerin in der B.____, worüber am 17. November 2009 berichtet wurde (Urk. 12/83/4-5 + 12/83/8-11 = Urk. 3/12). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1):

- Fibromyalgie-Syndrom

- psychosoziale Belastungssituation mit Anpassungsstörungen, Schmerzchronifizierung im Sinne einer somatoformen Schmerzentwicklung

Unter anderem wurde berichtet, wiederholt habe die Beschwerdeführerin im Gespräch die Augen nach oben verdreht und den Kontakt zum Gesprächspartner und der Umwelt verloren; auch sei sie mehrmals in sich zusammengefallen und trotz stabilen Vitalwerten zu Boden gesunken (S. 2 unten).

Vom 16. November bis 31. Dezember 2009 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (S. 4 oben).

4.2. Dr. C.____, Innere Medizin FMH, D.____ (Urk. 8/17/1), führte in einem am 26. März 2010 ausgefüllten Fragebogen (Urk. 12/83/1-2 = Urk. 3/3) aus, die Beschwerdeführerin stehe im Gesundheitszentrum seit 1997 in Behandlung (S. 2 oben) und sei seit mindestens 20. Juni 2005 und bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 oben). Ihr Gesundheitszustand sei wegen der chronischen Schmerzen und der damit verbundenen Depression schlecht (S. 1 Mitte).

4.3. Am 30. April 2010 berichtete Dr. med. E.____, Neurologie FMH, über seine von Dr. C.____ veranlassten Untersuchungen vom 30. März und 20. April 2010 (Urk. 12/83/3 + 12/83/6-7 + 12/83/10 = Urk. 3/14). Er nannte folgende Diagnosen (S. 1):

- episodenhafte, vor allem affektive Ausnahmezustände und subjektive Gedächtnisprobleme

- kein sicher organisch-neurologischer Hintergrund

- Differentialdiagnose (DD) epileptisch, irrische Migräne, andere generalisierte Enzephalopathie

- anamnestisch chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom (DD Fibromyalgie) und psychosoziale Überbelastung

Er führte unter anderem aus, es sei einerseits aufgrund der zurückhaltenden und etwas oberflächlichen Beschwerdeschilderung, andererseits aber auch aufgrund der Uneinheitlichkeit des Beschwerdebildes äusserst schwierig, dieses

neurologisch oder allenfalls epileptologisch einzuordnen (S. 3 Mitte), und er empfahl unter anderem eine zusätzliche Beurteilung am Epilepsie-Zentrum (S. 4 oben).

4.4. Vom 11. bis 28. Oktober 2010 weilte die Beschwerdeführerin stationär im F. ____, worüber am 28. Dezember 2010 berichtet wurde (Urk. 3/11). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1):

- gemischte dissoziative Störung mit Anfällen und Schwindel
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Verdacht auf unkontrollierte Einnahme von Analgetika
- Verdacht auf koronare Herzkrankheit

Empfohlen wurden eine kardiologische Abklärung und weitere psychotherapeutische Behandlung (S. 4 unten).

Am 25. November 2010 berichtete Dr. med. Q. ____, FMH Kardiologie und Innere Medizin, über die am 11. und 24. November 2010 erfolgte Untersuchung (Urk. 8/17/2) und führte unter anderem aus, zusammenfassend könne eine koronare Herzkrankheit als Ursache der unspezifischen Beschwerden der Beschwerdeführerin weitgehend ausgeschlossen werden. Die Ursachen der Beschwerden seien nicht kardialer Genese, möglicherweise lägen muskuloskeletale Ursachen vor respektive funktionelle Beschwerden (S. 2 unten).

Am 11. Januar 2011 erstatteten Dr. med. G. ____, internistische / allgemeinmedizinische Fallführung, Dr. med. H. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I. ____, FMH Neurologie, Y. ____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/94/2-16). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 f.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 4 f.) und die am 8. November 2010 (vgl. S. 1 Mitte) erhobenen internistisch/allgemeinmedizinischen (S. 5 f.), psychiatrischen (S. 6 ff.) und neurologischen (S. 9 ff.) Befunde.

Die Gutachter vermochten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (S. 12 Ziff. 5.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 12 Ziff. 5.2):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- chronisches Ganzkörpererschmerzsyndrom
- nicht-epileptische Anfälle mit Stürzen
- fortgesetzter Nikotinkonsum (zirka 12 pack years)
- Leberenzymrhöpfung unklarer Ätiologie

In somatisch-neurologischer Sicht habe sich bei der klinischen Untersuchung übereinstimmend mit der vorhandenen Aktensituation und den wenigen vorgängigen Untersuchungen gezeigt, dass aus somatischer Sicht praktisch keine Befunde objektivierbar seien. Es könne weder ein Korrelat für die unspezifischen Beschwerden und Schmerzen gefunden noch ein solches für die subjektiven Schwindelbeschwerden eruiert werden. Man sei in den vorangehenden Untersuchungen schon von einer funktionellen Störung ausgegangen; dieser Einschätzung sei aufgrund der aktuellen Untersuchung zuzustimmen (S. 13 Ziff. 6.2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus psychiatrischer Sicht sei bei vorbestehender psychosozialer Belastungssituation eine somatoforme Schmerzstörung festzustellen. Die affektiven Verstimmungen reichten nicht aus, um separat eine depressive Störung zu diagnostizieren. Aus psychiatrischer Sicht (vgl. S. 8 f. Ziff. 4.1.5) resultiere keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend sei aus polydisziplinärer Sicht festzustellen, dass weder somatisch noch psychiatrisch Befunde zu erheben oder Diagnosen festzustellen wären, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würden (S. 13 Mitte).

4.6 Â Â Â Am 22. März 2011 berichtete lic. phil. J. ____, leitende Psychologin, K. ____, über die am 10. März 2011 erfolgte neuropsychologische Abklärung (Urk. 8/16).

Â Â Â Â Â Â Â Sie führte aus, aus neuropsychologischer Sicht verfolge die Beschwerdeführerin über gute Lern- und Gedächtnisfähigkeiten. Es fänden sich keine Hinweise auf Aggravation im kognitiven Bereich. Die Konzentrationsstörungen und die psychomotorische Verlangsamung seien mit dem Schmerzsyndrom verbunden. Die von der Beschwerdeführerin berichteten Störungen seien als "benigne Vergesslichkeit" im Rahmen der Schmerzsymptomatik zu werten; vermutlich sei sie zudem intellektuell chronisch unterfordert (S. 2 unten).

4.7 Â Â Â Am 15. Juni 2011 berichteten Dr. med. L. ____, Assistenzärztin, und Dr. med. M. ____, leitender Arzt, K. ____, über die Abklärungsuntersuchungen und den Behandlungsverlauf seit dem 13. Januar 2011 (Urk. 21/12). Dabei stellten sie folgende Diagnosen (S. 1 unten):

- chronifizierte Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10: F43.41)

- gemischte dissoziative Störung mit Anfällen und Schwindel (ICD-10: F44.7; Diagnose Schweizerisches Epilepsie-Zentrum Dezember 2010).

Â Â Â Â Â Â Â Als zusammenfassende Beurteilung führten sie aus, die Beschwerdeführerin leide seit 12 Jahren nach einem Sturz von einem Bürostuhl mit Steissbeinverletzung unter einer chronifizierten Schmerzstörung mit anamnestisch begleitender depressiver Reaktion und Anfällen, die nach ausführlicher Abklärung im Epilepsie-Zentrum als am ehesten dissoziativ beurteilt worden seien. Die beschriebene Vergesslichkeit im Alltag sei ihres Erachtens vor dem Hintergrund der erfolgten neuropsychologischen Abklärung mit guter Lern- und Gedächtnisfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.6) im Rahmen der genannten Diagnosen und der grossen Belastung als alleinerziehende Mutter zu verstehen (S. 3 unten).

E. 5

5.1 Â Â Â Aus den Ausführungen der Beschwerdeführerin geht nicht verständig hervor, inwiefern das Y. __-Gutachten bezüglich der neurologischen und psychiatrischen Aspekte ungenügend sein sollte. Die entsprechenden Ausführungen erschöpfen sich weitgehend in Auflistungen von in anderen medizinischen Akten vorzufindenden Befunden und Diagnosen, von denen - obwohl oder möglicherweise gerade weil sie sehr weitschweifig ausgefallen sind - nicht klar wird, was damit gesagt werden soll.

Â Â Â Â Â Â Vergleichbares gilt für die Ausführungen über den vermuteten Umfang der zeitlichen Verfügbarkeit des beteiligten Internisten. Es handelt sich dabei um Spekulationen, die zum Inhalt und zur Aussagekraft des Gutachtens keinen erkennbaren

Bezug haben.

Der Einwand, das Gutachten sei unvollständig, weil nur die bis Ende 2010 verfügbaren Akten berücksichtigt seien, überzeugt nicht, da die später erstellten Beurteilungen (vorstehend E. 4.6 und 4.7) und die Schlussfolgerungen des im Januar 2011 erstatteten Gutachtens ohne weiteres miteinander vereinbar sind.

Es ist somit als Zwischenergebnis festzuhalten, dass das Y.___-Gutachten die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.4) erfüllt, so dass darauf abzustellen ist.

Die Y.___-Gutachter fanden aus somatischer Sicht praktisch keine objektivierbaren Befunde und diagnostizierten hauptsächlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 4.5). Diese Diagnose ist mit den im Bericht der Ärzte des K.___ (vorstehend E. 4.7) - die ihrerseits keine Arbeitsunfähigkeit attestierten - gestellten Diagnosen (chronifizierte Schmerzstörung, gemischte dissoziative Störung) vereinbar. Somit liegt lediglich seitens des langjährig Hausarztes der Beschwerdeführerin eine abweichende Beurteilung vor (vorstehend E. 4.4), die jedoch vor dem Hintergrund seiner therapeutisch und auftragsrechtlich begründeten Vertrauensstellung zwar verständlich, aber auch entsprechend zu wärdigen ist (vgl. BGE 125 V 352 E. 3b/cc).

Nachdem bereits im Y.___-Gutachten aus der somatoformen Schmerzstörung nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen wurde, besteht an sich keine Veranlassung, zusätzlich im Rahmen der Rechtsanwendung auf die entsprechende Überwindbarkeitsrechtsprechung (vorstehend E. 1.3) zurückzugreifen, kommt diese doch dort zum Zuge, wo einerseits aus rein medizinischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, andererseits aber deren versicherungsmässige Erheblichkeit näher zu prüfen und allenfalls einzugrenzen ist.

Es rechtfertigen sich Ausführungen dazu immerhin für den Fall, dass der Bericht der Ärzte des K.___ so interpretiert werden sollte, als würde dort implizit eine Arbeitsunfähigkeit angenommen. Diesfalls wäre, und deshalb ist, deren versicherungsmässige Relevanz zu prüfen.

Eine eigenständige psychiatrische Diagnose wurde nicht gestellt, womit das Vorliegen einer psychischen Komorbidität zu verneinen ist. Körperliche Gesundheitsbeeinträchtigungen über die Schmerzerkrankung hinaus bestehen keine; dies schliesst diesbezüglich auch eine unveränderte oder progrediente Symptomatik begriffsnotwendigerweise aus. Beschwerdeweise wurde ausführlich dargelegt, dass und in welcher - durchaus achtenswerten - Weise sich die alleinerziehende Beschwerdeführerin um ihre Kinder kümmert; dies bedeutet zugleich, dass von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens keine Rede sein kann. Anhaltspunkte für einen innerseelischen Konflikt, als dessen Bewältigung die Schmerzerkrankung im Sinne eines primären Krankheitsgewinns verstanden werden könnte, bestehen keine.

Vor diesem Hintergrund kann offen bleiben, ob der einmalige Rehabilitationsaufenthalt und die gelegentlich in den Akten erwähnten - aber nicht berichtsmässig dokumentierten - psychologischen oder psychotherapeutischen Gespräche unklarer Frequenz ausreichen würden, um das Kriterium der gescheiterten Behandlung zu erfüllen. Denn insgesamt steht mit hinreichender Deutlichkeit fest, dass

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.