

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00480 vom 27. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00480

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00480 du 27 novembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00480 del 27 novembre 2012

Erwägungen

E. 2

2.1. 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).

2.2. Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: 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 therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352). Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des

invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfalle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet.

E. 3

3.1 Nach dem dem Unfallversicherer mit Schadenmeldung vom 6. Juli 2009 (Urk. 8/9/44) mitgeteilt worden war, der Beschwerdeführer sei gleichentags auf dem Arbeitsweg ausgerutscht und auf den Rücken gefallen, erhob Dr. Z. ___ eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule und nannte die Diagnose eines akuten Lumbovertebralsyndroms bei Rückenkontusion (Urk. 8/9/42). Die am Unfalltag durchgeführte Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule (Urk. 8/9/37) ergab bei massig degenerativen Veränderungen keine Hinweise auf eine frische ossäre Läsion. Dr. Z. ___ attestierte ab 7. Juli 2009 eine vollständige und ab dem 27. Juli 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Arztzeugnis zu Händen der SUVA vom 29. August 2009, Urk. 8/9/42).

3.2 Bei persistierender Beschwerdesymptomatik (Urk. 8/9/40) wurde am 15. September 2009 (Urk. 8/9/38-39) ein MRI der Brust- (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) angefertigt, welches einzig auf der linken Seite einen Anulus fibrosus-Riss mit winziger fokaler Bandscheibenausweitung, welche die S1-Nervenwurzel erreichte, diese aber nicht evident komprimierte, zeigte. Der Spinalkanal sowie die Foramen praesentierten sich normal weit, und auffällige Spondylarthrosen ergaben sich keine. Dr. med. D. ___, Oberarzt Spital Y. ___, diagnostizierte am 15. Oktober 2009 (Urk. 8/9/32-34) nebst einer Fehllhaltung, leichten degenerativen Veränderungen sowie zunehmender Chronifizierung mit Hinweisen auf eine Schmerzverarbeitungsstörung ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont sowie ein (intermittierendes) Thorakovertebralsyndrom mit Hauptschmerzfokus tieflumbal. Er erklärte, eine traumatische Läsion habe sich mittels MRI nicht finden lassen. Zwar sei angesichts der MRI-Befunde eine intermittierende, radikuläre Reizung S1 zumindest links möglich; klinisch beständen aber keine Zeichen einer radikulären Reizung, und die generalisierte, leichte Schwäche in beiden Beinen sei eher schmerzbedingt. Die Tatsache, dass die Schmerzausstrahlungen eher rechts betont seien, sicher auch eine spondylogene Komponente hätten und hauptsächlich tieflumbal lokalisiert seien, spreche dafür, dass die radikuläre Symptomatik - wenn überhaupt - nur einer Teilkomponente der Schmerzen entspreche (Urk. 8/9/33). Trotz ambulanter Therapie beständen Anhaltspunkte einer Chronifizierung, und aufgrund der klinischen Evaluation gebe es Hinweise auf eine Schmerzverarbeitungsstörung (4 Waddell-Zeichen positiv). Vorerst sei der Beschwerdeführer vom 5. bis zum 20. Oktober 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. Danach sei der Arbeitswiedereinstieg oder eine stationäre Behandlung zu planen (Urk. 8/9/34).

Weil der Beschwerdeführer die wieder aufgenommene Tätigkeit infolge exazerbierender Schmerzen (Urk. 8/13/9) bereits nach wenigen Stunden abbrach (Urk. 8/10), erfolgte durch die Ärzte des Spitals Y. ___ erneut ein Attest einer

vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab 5. Oktober bis 5. November 2009 (Urk. 8/13/6). Die nachfolgend vom 2. bis zum 5. November 2009 veranlasste stationäre Behandlung wurde zugunsten der bereits von der SUVA initiierten Hospitalisation des Beschwerdeführers in der Rehaklinik B. ___ abgebrochen (Urk. 8/13/9, Urk. 8/14/14). Nachdem am 3. November 2009 eine 3-Phasen-Ganzkörperperskelett-Szintigraphie weitgehend unauffällige Verhältnisse zur Darstellung gebracht hatte (Urk. 8/14/16-17), hielt Dr. D. ___ am 19. Januar 2010 (Urk. 8/13/6-11) fest, bei der im Verlauf der Rehabilitation zu erwartenden Besserung sollte ein Wiedereinstieg in der angestammten Tätigkeit mit langsamer Belastungssteigerung möglich sein (Urk. 8/13/6, 10).

3.3.3.3. Vom 18. November bis zum 10. Dezember 2009 (Urk. 8/9/2-10) hielt sich der Beschwerdeführer in der Rehaklinik B. ___ auf. Deren Ärzte notierten im Austrittsbericht vom 11. Dezember 2009 an die SUVA, schon vor dem Eintritt des Beschwerdeführers sei eine umfassende radiologische Diagnostik durchgeführt worden, welche ausschliesslich degenerative Veränderungen im Bereich der LWS gezeigt habe und deren Befunde das ausgeprägte Beschwerdebild nur in sehr unzureichender Weise erklären würden. Bereits im Spital Y. ___ sei daher der Verdacht einer Schmerzverarbeitungsstörung geäussert worden. Bei ausgeprägtem Schmerzvermeidungs- und Schonverhalten im Rahmen einer erheblichen Symptorausweitung sei der Beschwerdeführer dem klinischen Psychologen vorgestellt worden, welcher eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und wahrscheinlicher Somatisierungstendenz (ICD-10: F43.21) diagnostiziert und eine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen verneint habe (Urk. 8/9/4). Infolge der erheblichen Symptorausweitung - es habe generell eine Diskrepanz zwischen der demonstrierten, generellen und extrem ausgeprägten Funktionsunfähigkeit und dem zu erwartenden problembezogenen, differenzierten Muster von Einschränkungen bestanden (Urk. 8/9/4) - seien sodann die Resultate der physischen Leistungstests nicht verwertbar, wobei davon auszugehen sei, dass der Beschwerdeführer bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbringen können. Die Beurteilung der Zumutbarkeit einer Beschäftigung stütze sich daher primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Angesichts dessen sei dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als Logistiker ganztags zumutbar, was auch für andere, mittelschwere Arbeiten zu gelten habe. Aufgrund seiner ausgeprägten Dekonditionierung sei ein erleichterter Einstieg in einer leichteren Verweisungstätigkeit ab 4. Januar 2010 (zuerst während zwei Wochen halbtags, anschliessend ganztags) empfehlenswert (Urk. 8/9/3).

3.4.3.3. Mit Bericht vom 6. Februar 2010 (Urk. 8/14/1-4) notierte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. Z. ___, die Prognose sei bei Diskrepanz objektivierbarer Befunde gegen das Schmerzerleben des Beschwerdeführers bzw. bei fehlender Therapiefähigkeit schlecht. Wenngleich der Arzt die Belastbarkeit des Rückens, der Gehfähigkeit und der allgemeinen Beweglichkeit als eingeschränkt erachtete, hielt Dr. Z. ___ entsprechend den objektivierbaren somatischen Befunde die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht als weiterhin für zumutbar, wenn auch vorerst in zeitlich stark reduziertem Umfang mit Steigerungsmöglichkeiten (Urk. 8/14/2). Eine psychiatrische Beurteilung und allenfalls Behandlung in türkischer Sprache seien dringend indiziert (Urk. 8/14/3).

3.5. Am 26. März und 9. April 2010 wurde der Beschwerdeführer nach Überweisung durch Dr. Z. ___ in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Spitals C. ___ untersucht (Bericht vom 28. Mai 2010, Urk. 8/21). Derer Ärzte diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und nannten den Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit ausgeprägtem Schmerzvermeidungs- und Schonverhalten bei erheblicher Symptomausweitung. Sie erklärten, klinisch sei neben einer Schmerzsymptomatik ein mittelgradig ausgeprägtes depressives Syndrom zu sehen, wobei die nicht gelungene Schmerzbewältigung, der kränkende Arbeitsverlust sowie die aktuelle Erwerbslosigkeit wichtige Faktoren in der Pathogenese darstellten. Zudem sei von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, welche das Schmerzerleben aufrechterhalte, auszugehen (Urk. 8/21/1). Dem Beschwerdeführer sei auf Ende April 2010 gekündigt worden. Weil er sehr lange in der Firma gearbeitet und zuletzt Teamleiter gewesen sei, schmerze ihn der Stellenverlust sehr. Er habe das Gefühl, zu wenig unterstützt worden zu sein. Auch sei der Arbeitsversuch ungünstig gewesen, habe er doch dieselbe Tätigkeit wie bisher verrichten müssen, weshalb er gesehen habe, dass das nicht gut kommen würde. Er hätte sich gewünscht, dass mehr auf seine Beschwerden und Einschränkungen eingegangen würde. Er fühle sich sehr wenig wertgeschätzt. Der Beschwerdeführer gab an, aktuell Schmerzen in der LWS und BWS zu verspüren und sich teilweise kaum bewegen zu können. Sein Schlaf sei schmerzbedingt gestört, und er fühle sich nervlich sehr angespannt und lustlos, weil er viele Dinge nicht mehr tun könne (Urk. 8/21/3).

3.6. Dr. Z. ___ teilte der Beschwerdegegnerin am 14. Juli 2010 (Urk. 8/22) mit, dass er ihren Vorbescheid nicht nachvollziehen könne. Beim Beschwerdeführer bestehe ein chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzssyndrom mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit ab Unfalldatum (6. Juli 2009). Ein Arbeitsversuch am 4. Januar 2010 sei gescheitert. Die Rückenbeschwerden mit Schmerzverarbeitungsstörung seien von einer mittelgradigen depressiven Erkrankung begleitet, welche wesentlich zum gescheiterten Arbeitsversuch bzw. zur anhaltenden Arbeitsunfähigkeit beitrage. Bei der andauernden psychiatrischen Symptomatik habe er den Beschwerdeführer an einen Facharzt verwiesen.

3.7. Mit Bericht vom 7. Februar 2011 (Urk. 8/35/3-8) nannte Dr. A. ___ (1) eine depressive Episode, gegenwärtig mittelschwer bis schwer, schwankend um den mittelschweren Schweregrad, mit Somatisierung und ohne psychotische Symptome, (2) ein Schmerzsyndrom nach Unfall vom 6. Juli 2009, (3) ein lumbospondylogenes und thorakovertebrales Schmerzsyndrom sowie (4) unter Hinweis auf den Bericht der Rehaklinik B. ___ den Verdacht einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Schmerzvermeidungs- und Schonverhalten bei erheblicher Symptomausweitung. Dem Psychiater präsentierten sich dessen Aufzeichnungen zufolge ein 52-jähriger, älter wirkender Beschwerdeführer mit schmerzverzerrtem Gesicht, welcher in gebückter Haltung und mit langsamem Gang ins Untersuchungszimmer getreten sei. Die Grundstimmung habe sich deutlich bedrückt und niedergeschlagen gezeigt. Der Beschwerdeführer sei affektiv wenig moduliert und klagsam. Das Denken sei verlangsamt und auf die Schmerzen eingengt, ansonsten aber logisch-kohärent. Hinweise auf Wahn, Halluzination oder Ich-Störungen hätten sich nicht ergeben und Suizidgedanken seien verneint worden (Urk. 8/35/6). Dr. A. ___ erklärte, die Dosierung

anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Urk. 8/21/1). Aus ihrer diagnostischen Beurteilung ergibt sich jedoch unzweifelhaft, dass sie vom Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgingen (E. 3.5). Darauf abstellend sowie angesichts der nachfolgenden ärztlichen Berichte (E. 3.5-3.7), welche unverändert eine starke, quälende Schmerzen des Beschwerdeführers (vgl. etwa den Hinweis auf sein schmerzverzerrtes Gesicht) schilderten, die sich - wie soeben dargelegt - durch eine körperliche Störung nur unzureichend erklären lassen (E. 3.3), ist eine somatoforme Schmerzstörung oder allenfalls ein damit vergleichbarer syndromaler Zustand zugrunde zu legen. Ein solcher allein vermag aber noch keine Invalidität zu begründen, sondern es besteht im Gegenteil die Vermutung, dass die Folgen der Schmerzstörung überwindbar sind (E. 2.2). Umstände, welche eine Überwindbarkeit ausnahmsweise unzumutbar machen würden, sind nicht ersichtlich. So gilt eine mittelschwere depressive Störung nach ICD-10: F32.1 als Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung und nicht als selbständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität, die sich unbestreitbar von der Schmerzstörung unterscheiden liesse (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_182/2012 vom 5. Juni 2012 E. 7, Urteil 8C_945/2009 vom 23. September 2010 E. 10.1). Hinzu kommt, dass es sich bei einer depressiven Episode - unabhängig von deren Schweregrad - definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden handelt, welches damit in der Regel nicht invalidisierend ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_80/2011 vom 14. Juni 2011 E. 6.3.2 mit Hinweisen). Eine relevante psychische Komorbidität besteht damit nicht. Wird schliesslich die Pathogenese mehrheitlich durch psychosoziale Faktoren (wie etwa die krankende Kündigung oder Erwerbslosigkeit, vgl. E. 3.5 sowie E. 3.8), welche als invaliditätsfremde Gesichtspunkte auszuschneiden sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_176/2011 vom 29. Juni 2011 E. 4.1; BGE 127 V 294 E. 5a S. 299, 8C_183/2012 E. 7), aufrechterhalten, so fehlt es auch aus dieser Sicht an einer psychiatrischen Komorbidität.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich sind auch keine anderweitigen Umstände dargetan oder ersichtlich, die gesamthaft den Schluss auf eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzproblematik und somit deren invalidisierenden Charakter gestatteten. Insbesondere vermag dafür das körperliche Leiden, welches die Schmerzstörung aufrechterhält - hier das lumbospondylogene bzw. thorakale Syndrom - nicht zu genügen. Sodann kann angesichts der Selbstlimitierung (E. 3.3, Urk. 8/9/4) nicht von gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen ausgegangen werden und ist weder ein primärer Krankheitsgewinn noch ein sozialer Rückzug in allen Belangen aktenkundig. Gegenteilig ist angesichts der am 28. Mai 2010 erhobenen Anamnese, wonach der Beschwerdeführer sehr regelmässig in die Türkei fahre und von seiner Frau sowie seinem Sohn unterstützt werde (Urk. 8/21/4), von einem intakten sozialen Umfeld auszugehen.

4.3 Ä Ä Ä Ä Fehlt es, wie gezeigt, mangels eigenständiger, dauerhafter Erkrankung an einer psychischen Komorbidität, so hat die diagnostizierte psychiatrische Diagnose einer depressiven Episode - wie vom RAD-Arzt Dr. E. ___ richtig festgestellt (E. 3.8) - auch unabhängig von der Schmerzstörung aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht als unbeachtlich zu gelten. Mithin kann weder auf die Einschätzung von Dr. Z. ___, wonach die depressive Erkrankung des Beschwerdeführers wesentlich zur Arbeitsunfähigkeit beitrage (E. 3.6), noch auf jene von Dr. A. ___, welcher eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychischer Sicht als begründet erachtet (E. 3.7, E. 3.9),

abgestellt werden, sondern es ist von einer zeitlich und leistungsmässig grundsätzlich uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angestammter Tätigkeit auszugehen (E. 3.3).

Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung), weshalb davon abzusehen ist.

Diese Erwägungen führen zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

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) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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:

- Rechtsanwalt Christoph Häberli
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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.