

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00067 vom 5. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00067

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00067 du 5 avril 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00067 del 5 aprile 2013

Erwägungen

E. 3

3.1 Mit Arztzeugnis vom 7. Juni 2011 (Urk. 5/2/5-6) nannte Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, folgende Diagnosen (S. 1):

- Status nach Magenulcus 1976 und 1977, Duodenalulcus 2008, Helicobacter pylori-Eradikation 2008
- Status nach Chlamydienadnexitis 1978
- rezidivierende Urticaria
- Status nach Coccygodynie bei Subluxation CO3 nach dorsal 1999
- Diabetes mellitus Typ II
- schlecht eingestellt
- multiple Weichteilinfekte
- Verdacht auf diabetische Nephropathie
- Status nach Ureterkonkrement rechts 1998
- S-förmige thorakolumbale Skoliose, Osteochondrose L3/4, C3/4 und C4/5
- Status nach Liposuctio Oberbauch und Narbenkorrektur Unterbauch 1990
- Status nach Abdominoplastik und Liposuctio 1988
- Status nach Sigmaresektion wegen rezidivierender Divertikulitis und Gelegenheitsappendektomie 2004
- Status nach Halswirbelsäulen (HWS) Distorsion 2003
- Depression
- Arbeitsunfähigkeit sei Mai 2010
- Drang-Harninkontinenz
- Status nach abdominalen Eingriffen

Er führte aus, bei der Beschwerdeführerin beständen multiple Probleme; insbesondere rund um den Rücken und die Folgen der langjährigen Zuckerkrankheit würden die Arbeitsfähigkeit drastisch einschränken. Daneben beständen massive psychische Probleme.

- chronisches cervico- und lumbospondylogenes Syndrom ohne radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom
- Adipositas
- Diabetes mellitus Typ II
- Nikotinkonsum von zirka 25 pack years
- arterielle Hypertonie
- anamnestisch Reizmagen-Syndrom und Refluxbeschwerden
- Belastungsinkontinenz und hyperaktive Blase
- diffuse idiopathische skelettale Hyperostose im Status nascendi
- Palmarerythem der Hände und Spider naevi; Differentialdiagnose: sporadischer Alkoholkonsum

Er fährte aus, an den oberen Extremitäten habe er keinen klinisch-pathologischen Befund und keinen Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung objektivieren können. Sämtliche Gelenke seien frei bewegbar. Insbesondere könne er keinen Hinweis auf eine subacromiale Sehneineinklemmungsproblematik, auf eine entzündliche Veränderung oder auf eine Arthrose objektivieren (S. 9 oben). Im Bereich der Wirbelsäule habe die Beschwerdeführerin die Bewegungen aller axialen Bewegungssegmente ausschliesslich cervical und lumbal als schmerzhaft geschildert. In der klinischen Untersuchung habe er cervical und lumbal allseits freie Bewegungsamplituden und thorakal allseits zu 1/3 eingeschränkte Bewegungsamplituden objektivieren können. Anamnestisch und klinisch beständen keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom. Die zu dieser Begutachtung mitgebrachte MRI-Abklärung an der Halswirbelsäule vom 22. August 2003 dokumentiere einen normalen Befund und keine Hinweise auf eine Neuro- oder Myelonkompression (S. 9 Mitte). Die aktuell ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule dokumentierten cervical normale Gelenksstrukturen und lumbal weiterhin altersentsprechende Normalbefunde mit aktuell einer leichtgradigen Chondrose des Lendenwirbelkörpers 3/4. Aktuell komme radiologisch lumbal zudem eine leichtgradige, rechtskonvexe Skoliose von maximal 2° zur Darstellung, die er bei diesem geringgradigen Ausmass klinisch nicht objektivieren könne und die als physiologisch einzustufen sei. Die im Bericht des Hausarztes vom 19. Juli 2011 erwähnte S-förmige thorakolumbale Skoliose könne er - klinisch und radiologisch beurteilt - nicht bestätigen (S. 9 unten). An den unteren Extremitäten seien die aktive und passive Beweglichkeit der Hüftgelenke beidseits frei.

Der Gutachter hielt fest, dass er abgesehen vom Übergewicht allgemeininternistisch keinen relevanten klinisch-pathologischen Befund objektivieren könne (S. 10 unten). Insgesamt beurteilte er die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar (S. 12 oben).

Er attestierte der Beschwerdeführerin aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für die bisher ausgeübte Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, was auch für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil gelte (S. 14 Mitte).

3.3.4.4.4. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, welche sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtigte, gelangten die Gutachter zum Schluss, dass derzeit für die bisher ausgeübten Tätigkeiten der Beschwerdeführerin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden könne (S. 14 unten, Urk. 5/19 S. 10).

3.4.4.4.4. Dr. med. D.____, Facharzt Anästhesiologie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, erachtete in seiner Stellungnahme vom 14. Oktober 2011 das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten von Dres. C.____/B.____ vom 27. November 2011 für einleuchtend und die medizinischen Schlussfolgerungen für begründet, weshalb darauf abgestellt werden könne. Er folgerte daraus, dass in bisheriger und angepasster Tätigkeit eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe (Urk. 5/21/4).

3.5.4.4.4. Die behandelnde Ärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. E.____ MBA, Leitende Ärztin Fachbereich Sucht am Institut F.____ (F.____), beantwortete nach Verfügungserlass am 7. Mai 2012 (Urk. 18/2) Fragen in Bezug auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten und führte aus, dass die Beschwerdeführerin seit 16. Oktober 2008 in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung stehe und gemäss ihren Angaben seit zwei Jahren durchgehend von ihrem Hausarzt Dr. A.____ zu 100 % krankgeschrieben sei. In der Fachstelle für Alkoholprobleme werde die Beschwerdeführerin aufgrund der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.5), einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) sowie aufgrund einer Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen und dependenten Anteilen behandelt (S. 1 Ziff. 1 und 2).

4.4.4.4.4. Gegenwärtig erachtete die Ärztin die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht als zu 50 % arbeitsunfähig (S. 2 lit. b) und führte aus, aufgrund der Persönlichkeitsakzentuierung verfolge die Beschwerdeführerin kaum über geeignete Coping-Strategien zur Bewältigung der depressiven und somatoformen Störung. Es handle sich um ein komplexes Störungsbild. In der Gesamtbeurteilung würden sich die psychiatrischen Störungen gegenseitig sehr ungünstig hinsichtlich der Gesamtprognose und der psychosozialen Funktionseinschränkungen beeinflussen (S. 2 Ziff. 3).

E. 4

4.1.4.4.4. Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte interdisziplinäre Gutachten vom 27. September 2011 (vgl. vorstehend E. 3.3) ist für die streitigen Belange umfassend, nimmt es doch aus interdisziplinärer Sicht differenziert Stellung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Sodann beruht es auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein (vorstehend E. 1.6).

4.2.4.4.4. Der am Gutachten (Urk. 5/20) beteiligte Rheumatologe Dr. C.____ gelangte gestützt auf die anlässlich seiner Untersuchung sorgfältig erhobenen Befunde (S. 8 ff.) sowie die Ergebnisse der Bildgebungen (S. 9) in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise zum Ergebnis, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit keine Einschränkung in ihrer Arbeitsfähigkeit

erleide (S. 14). Das diagnostizierte chronische und generalisierte Schmerzsyndrom sei psychiatrisch überlagert (S. 12 oben). Gegenteilige medizinische Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychischer Sicht sind zumindest nicht aktenkundig.

4.3 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. A., ortete eine kaum verwertbare Arbeitsfähigkeit in den psychischen Problemen der Beschwerdeführerin (Urk. 5/13/3 Ziff. 1.4), konnte aber hierzu keine fundierte psychiatrische Diagnose stellen, wozu er als Facharzt der Allgemeinen Medizin überdies auch nicht fachlich befähigt wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_648/2011 vom 19. Dezember 2011, E. 3).

4.4 Bei der Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin diagnostizierte der Gutachter Dr. B. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, was übereinstimmend auch der behandelnde Arzt am F. feststellte (Urk. 5/19 S. 9 Ziff. 1, Urk. 18/2 S. 1 Ziff. 2). In der Beurteilung der neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestehenden depressiven Störung kamen die beteiligten Ärzte indes zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während Dr. B. im Gutachten vom 27. September 2011 eine Dysthymie sowie eine schwierige persönliche und finanzielle Situation feststellte (Urk. 5/19 S. 9 Ziff. 1), diagnostizierte das F. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen und dependenten Anteilen (Urk. 18/2 S. 1 Ziff. 2).

4.5 In Bezug auf das Gutachten von Dr. B. vom 27. September 2011 (vorstehend E. 3.3.2) gilt es zu beachten, dass Dr. B. über eine fachärztliche Spezialisierung in Psychiatrie und daher über eine für die Beurteilung des im Vordergrund stehenden psychischen Leidens der Beschwerdeführerin geeignete ärztliche Spezialisierung verfügt. Das Gutachten enthält eine Einleitung, eine Aktenzusammenfassung, die Anamnese und eine Darstellung der Krankheitsentwicklung, subjektive Angaben der Versicherten, die Untersuchungsbefunde sowie eine Beurteilung und die Beantwortung der Fragen. Der Gutachter berücksichtigte darin die geklagten Beschwerden sowie sämtliche medizinischen Vorakten. Insgesamt erfüllt das Gutachten von Dr. B. daher die von der Rechtsprechung (vgl. E. 1.6 und E. 4.2, BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis) aufgestellten Vorgaben. Der Gutachter Dr. B. legte in seiner Beurteilung nachvollziehbar dar, dass zuerst eine depressive Reaktion vorhanden gewesen sei. Diese Verstimmung sei die Beschwerdeführerin nie ganz los geworden, wobei die Befunde der Untersuchung nicht ausgeprägt seien, die Beschwerdeführerin meist fröhlich und aufgestellt und nur gelegentlich subdepressive Verstimmungen gezeigt habe, also ein milder Verlauf der Depression bestehe, bei dessen Zustandsbild, bei dem sich später auch günstige Phasen zeigen, von einer Dysthymie auszugehen sei (Urk. 5/19 S. 7). Es ist gestützt auf die Beurteilung durch Dr. B. daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Dezember 2011 (Urk. 2) an einer somatoformen Schmerzstörung und einer Dysthymie litt.

4.6 Die leicht abweichenden Diagnosen von Dr. E. vom F. vom 7. Mai 2012 (Urk. 18/2) können im Raum stehen bleiben, da weder eine Dysthymie, noch eine leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung, noch eine Persönlichkeitsakzentuierung psychische Beeinträchtigungen darstellen, die einer adäquaten Schmerzbewältigung objektiv entgegenstehen würden (nachstehend E. 4.8).

4.7. Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung 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 Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Anwendung dieser Kriterien die Frage zu beantworten, ob der Regelfall oder der Ausnahmefall gegeben ist, obliegt grundsätzlich der Rechtsanwendung. Dies schliesst allerdings nicht aus, sondern setzt geradezu voraus, dass aus medizinischer Sicht die zur Beurteilung einzelner Kriterien dienlichen anamnestischen und befundmässigen Angaben gemacht werden.

4.8. Das zentrale Kriterium einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist vorliegend nicht erfüllt, weder im Lichte der von Dr. B. noch der von Dr. E. gestellten Diagnosen. Die diagnostizierte Dysthymie - sofern diese überhaupt als eigenständige psychische Komorbidität und nicht als Begleiterscheinung des Schmerzleidens zu betrachten ist (BGE 127 V 294 E. 5) - sowie auch eine leichte depressive Episode - stellen in der Regel keine Komorbidität von erheblicher Schwere und Intensität dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_1040/2010 vom 6. Juni 2011 E. 3.4.2.1 mit Hinweisen). Bei der von Dr. E. festgestellten Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen und dependenten Anteilen handelt

es sich um eine Diagnose aus der sogenannten Z-Kategorie des ICD-10-Systems, die nicht als Krankheit gilt (Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2010 vom 15. November 2010 E. 5.2.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit bleiben Intensität und Konstanz der alternativ zum Zuge kommenden weiteren Kriterien zu prüfen. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gutachter Dr. C. ___ berichtete von einem chronischen, sich generalisierenden Schmerzsyndrom, welches nicht ausreichend somatisch abstützbar sei mit oberen Rückenschmerzen, Polyarthralgie sowie Schlafstörungen und Müdigkeit. Ebenso diagnostizierte er ein chronisches cervico- und lumbospondylogenes Syndrom ohne radikulärem Reiz- und Ausfallsyndrom (vorstehend E. 3.3.3). Vom syndromalen Krankheitsbild abgrenzbare körperliche Begleiterkrankungen, welche einer Überwindbarkeit der Schmerzen entgegenständen, gehen aus den Akten keine hervor.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von einem sozialen Rückzug der Beschwerdeführerin in allen Belangen des Lebens kann insbesondere mit Blick darauf, dass sie noch Aussenkontakte pflege und Sport wie Turnen und Walken treibe (Urk. 5/19 S. 4 unten), nicht die Rede sein.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gutachter B. ___ fand sodann keine Hinweise auf einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer Konfliktbewältigung (Urk. 5/19 S. 8), erachtete das momentane therapeutische Setting mit Hausarzt und psychologischer Begleitung als ideal (Urk. 5/19 S. 9), sodass vor diesem Hintergrund das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten Behandlung nicht erfüllt ist. Einzig stellte er fest, die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert, jedoch nicht in einem die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendem Ausmass.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gesamtwürdigung der bei Fehlen einer psychischen Komorbidität zu beachtenden Kriterien ergibt, dass keines, allenfalls höchstens deren eines, erfüllt ist. Damit ist der Beschwerdeführerin die willentliche Überwindung der Schmerzen zumutbar. Der Bericht des F. ___ vom 7. Mai 2012 (Urk. 18/2) vermag insofern nicht zu überzeugen, als dieser festhält, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Persönlichkeitsakzentuierung kaum über geeignete Coping-Strategien zur Bewältigung der depressiven und somatoformen Störung verfüge und somit nur der Rückzug ins Bett bleibe (S. 2 oben), wohingegen Dr. B. ___ von Spazieren, Sport an verschiedenen Orten und Umgang mit Kolleginnen, ja gar der Suche eines Partners berichtete (Urk. 5/19 S. 4 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit ist bei der Beschwerdeführerin der Regelfall der zumutbaren Überwindbarkeit gegeben, was auch der Einschätzung von Gutachter Dr. B. ___ entspricht. Es ist folglich gemäss Gutachten aus psychiatrischer Sicht von einer vollständigen Arbeitstätigkeit auszugehen. Im rechtlichen Sinn resultiert demnach keine invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

4.9 Ä Ä Ä Ä Zu keinem anderen Ergebnis führt, wenn zur Beurteilung nicht die für anhaltende somatoforme Schmerzstörung geltende Rechtsprechung herangezogen wird. Vorab stellen eine Dysthymie sowie auch eine leichte depressive Episode rechtsprechungsgemäss kein schweres psychisches Leiden dar. Sodann liegen bei der Beschwerdeführerin zahlreiche invaliditätsfremde Belastungsfaktoren (angespannte wirtschaftliche Situation, Beziehung, Arbeitslosigkeit, Alter, fehlende Ausbildung) vor, welche gemäss dem Gutachter Dr. B. ___ zur depressiven Entwicklung beitragen (Urk.

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