

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00650 vom 19. Februar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00650

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00650 du 19 février 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00650 del 19 febbraio 2014

Erwägungen

E. 17

No vember 2003 (Urk. 7/32) und 1 8. November 2008 (Urk. 7/82/1-39)

ausei nan der . Im Gutachten aus dem Jahr 2003 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches cervicocephales bis cervicospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont mit

myofaszialer Schmerzkomponente bei Status nach HWS-Distorsions-Trauma genannt (Urk. 7/32 S. 1 2) . Ein

bildgebend nachweisbares Korrelat für die Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich wurde nicht

bezeichnet .

Laut

dem Gutachten

von 2008 , das Rückschlüsse auf die Situation im Jahr 2005 zulässt,

konnten zwar eine Haltungsinsuffizienz sowie eine Wirbelsäulenfehlform objektiviert werden , doch vermochten diese organischen

Befunde

aufgrund ihrer Ausprägung

weder eine Arbeitsunfähigkeit zu bewirken noch die Schmerzen der Beschwerdeführerin zu erklären. Hinsichtlich der Befunde von Irritationszonen sowie des ausgeprägten muskulären Hartspans (in welchem Rahmen die Triggerpunkte zu verstehen sind) verhält es sich gleich wie mit erhobenen

Schmerzsyndrom . Es

wurden keine organischen Befunde genannt, welche

ihre Ursache erklären würden . Dass folglich keine wesentlichen pathologischen Befunde in Folge der durchgeführten Bildgebungen erhoben werden konnten, wurde im Gutachten vom 18.

November 2008 entsprechend festgehalten (Urk. 7/82 /1-39 S.

24 f.).

In diesem Zusammenhang ist schliesslich auf das Gutachten der C.____ vom 31.

Juli 2012 (Urk. 7/143 /2-105) Bezug zu nehmen . Den dortigen Ärz ten er schien die damalige Diagnose eines cervicocephalen bis cervicospondy logenen Schmerzsyndroms aufgrund der diesbezüglichen Ausführungen im Gut achten vom 17. November 2003 als zu wenig substantiiert , da aus rheumato logischer Sicht weder eine Bewegungseinschränkung der HWS erwähnt noch nennens werte Schmerzangaben dokumentiert wurden . Z u r Situation der

Trigger punkten

führten sie aus , dass es sich dabei um einen häufigen muskulären , mit hin gän z lich unspezifischen Befund handle. Schliesslich wiesen sie

darauf hin, dass die damalige Diagnostik wenig präz is ausgefallen sei und primär auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beziehungsweise auf geringen, objektiven, insbesondere nicht eindeutig replizierbaren Befunden basiere, die keines falls bei einer HWS-Distorsion gehäuft vork ä me n (S. 64 f.) .

4.2.3

Aufgrund des Dargelegten ist als erstellt zu erachten , dass die Invalidenrente im Oktober 2005 ausschliesslich wegen der HWS-Distorsion , mithin der Diagnose eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilde s ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurde .

Die Überprüfung der Rente nach den SchIB IVG ist

somit zulässig . 4. 3

4.3.1

Ob auch im Zeitpunkt der Revision im Juni 2013

ausschliesslich ein unklares Be schwerdebild vorlag, ist nachfolgend zu untersuchen .

Die Ärzte der C. ___ nannten im Gutachten vom 31. Juli 2012 (E. 3.4) eine somatoforme Schmerzstörung bei affektiver Störung (gemäss Phänomenologie am ehesten Angst und depressive Störung gemischt) bei anamnestisch ver dachtsweise

vor bestehender Angstbereitschaft und anamnestischen Hinweisen auf eine gene ra lisierte Angststörung (DD Panikattacken mit Agoraphobie) im Rahmen der affek tiven Störung als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfä higkeit . Im Vor dergrund steht damit

neben der somatoformen Schmerzstörung

die Diagnose „Angst und depressive Störung, gemischt“ . 4.3.2

Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist di e hier massgebende Diagnose „ Angst und depressive Störung, gemischt" im Grenzbereich dessen zu situieren, was noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes anerkannt werden kann. Denn die Kategorie kommt zum Tragen, wenn weder die Angst noch die De pression ein Ausmass erreichen, das eine Einzeldiagnose rechtfertigen würde. Eben so ist den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 zu entnehmen, dass Patienten mit dieser Kombination verhältnismässig milder Symptome in der Pri märversorgung häufig zu sehen seien; noch viel häufiger fänden sie sich in der Bevölkerung, ohne je in medizinische oder psychiatrische Behandlung zu gelang en. Es gilt also, besonderes Augenmerk auf die Frage

zu legen, ob eine ärztlich bescheinigte Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Einzelfall tatsächlich auf die entsprechende Störung zurückzuführen ist. Angesichts der „Grenzwertigkeit“ der massgebenden Diagnose (vgl. zur Problematik und Handhabung derartiger Störungen

Hanfried Helmchen, Was heisst „unterschwellig“ psychisch krank?, in: Wolfgang Vollmoeller, Grenzwertige psychische Störungen, Stuttgart 2004, passim) ist von grosser Bedeutung, dass psychosoziale und andere Belastungsfaktoren, denen nicht Krankheitswert zukommt, korrekt ausgeschieden werden.

Damit ein invalidisierender Gesundheitsschaden angenommen werden kann, darf das klinische Beschwerdebild nach der Rechtsprechung nicht einzig aus Beinträchtigungen bestehen, welche von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren herrühren; es muss sich vielmehr auf psychiatrisch davon zu unterscheidende Befunde beziehen. Je stärker solche Faktoren in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Von der psychosozialen beziehungsweise soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbare Voraussetzung einer Invalidität im Rechtssinne. Wo der Gutachter dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (Urteil des Bundesgerichts I 164/06 vom 27. April 2007 E. 3.1 und 3.2 mit Hinweisen). 4.3.3

Im

Gutachten der C.____

vom 31. Juli 2012 (Urk. 7/143 /2-105) wurde festgehalten, dass der möglichen psychosozialen Determinierung der Beschwerdeentwicklung

wegen fehlenden objektivierbaren somatischen Befunden wenig Beachtung geschenkt worden sei. Es sei unklar, wann und weshalb eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung eingeleitet worden sei. Aus den ärztlichen Berichten gehe jedoch hervor, dass eine weitere Behandlung nicht notwendig gewesen sei, da keine psychiatrische Erkrankung habe nachgewiesen werden können. Damit sei keine über die rheumatologisch festgestellte Arbeitsfähigkeit hinausgehende Leistungseinbüsse angenommen worden (S. 66). Allem Anschein nach habe die psychische Störung bereits vor dem Unfall im Jahr 2001 vorgelegen. Die Eskalation der Beschwerden während rund zwei Monaten nach dem Unfall seien am ehesten vor dem Hintergrund des negativen Einflusses der psychischen und allenfalls psychosozialen Faktoren zu interpretieren (S. 67). 4.3.4

Aus dem Gutachten geht somit nicht hervor, dass es sich bei der Diagnose „Angst und depressive Störung, gemischt“ um eine eigenständige Krankheit handelt. Vielmehr wurde dargelegt, dass die damals ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit lediglich aufgrund rheumatischer Beschwerden erfolgt und eben gerade nicht auf psychische Ursachen im engeren Sinne zurückzuführen war. Gegen die Annahme des Vorliegens einer eigenständigen Krankheit spricht auch der Umstand, dass die Ärzte die psychischen Beschwerden lediglich im zeitlichen

Ablauf nach dem Unfall thematisiert en .

Schliesslich ist zu beachten, dass sich k ein
entsprechender

Befund in der Lebensgeschichte der Beschwerdeführe rin spie gel t . Immerhin ist es ihr mög lich , in einem Pensum von 30 % zu arbeiten (Urk. 7/143 / 2-105 S. 28) . Insgesamt erge ben sich aus der Anamnese und den geschilderten Befunden keine Anhaltspunkte dafür, dass die Diagnose „ Angst und depressive Störung, gemischt“ ein M ass angenommen hat, um als eigenständige psychische Krankheit gefasst zu werden. Eine Kormorbidität liegt demnach nicht vor .

4.3. 5

Damit ist zu prüfen, ob die übrigen praxisgemässen Kriterien gegeben sind:

Eine chronische körperliche Begleiterkrankung liegt nicht vor (vgl. hierzu Urk. 7/143/2-105 S.

79): Die von den Ärzten erwähnte Essstörung ist ohne Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit und von geringer Intensität sowie nicht als kör perlich zu fassen. Das Schmerzsyndrom ist ebenfalls nicht auf körperliche Ur sachen zurückzuführen. Die Schmerzsymptomatik im rechten Fuss (nach durch gemachtem Hyperflexionstrauma im Mai 2008) wurde als Überlastungs reaktion im Calcaneus gefasst, indessen lediglich eine Hyperämie und ein ver mehrter Knochenumbau samt Markraumödem (bei degenerativen Verände rung en) festgestellt. Auch dieser Diagnose wurde kein Einfluss auf die Arbeits fähig keit zugeschrieben, da die Problematik von untergeordneter Bedeutung ist.

Zu bejahen ist ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unver änderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, da sich im Laufe der jahrelangen Entwicklung nie eine Besserung eingestellt hat und eine unveränderte Problematik vorliegt.

Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist nicht zu ersehen, hat doc h die Beschwerdeführerin verschiedene Kontakte, namentlich im Rahmen ihrer 30%igen ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit.

Das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz koope ra tiver Haltung der versicherten Person ist zu verneinen. Aus den Akten geht her vor, dass lediglich sporadische Therapien stattfanden und die psychische Stö rung während längerer Zeit nicht mehr behandelt wurde (Urk. 7/143/2-105 S.

7 3 und S.

36 f.). Eine stationäre Therapie erfolgte nie. Vor diesem Hintergrund kann selbstredend nicht von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr beein fluss barer innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlas tenden Konfliktbewältigung gesprochen werden. Die Ärzte der C.____ empfahlen im Gegenteil eine medikamentös unterstützte gezielte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (Urk. 7/143 S. 73).

Bei diesem Ergebnis ist offensichtlich, dass die Kriterien, die ein Abweichen von der Überwindbarkeitsvermutung erlauben würden, nicht erfüllt sind. Es ist ledig lich ein

Kriterium - das des chronifizierten Krankheitsverlaufes - gegeben, wo bei therapeutische Optionen nicht konsequent genutzt wurden und noch solche offen stehen. Dies genügt vorliegend nicht, um von einer ausnahmsweisen Unmöglichkeit der Überwindbarkeit der Problematik auszugehen. 4.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass alle Voraussetzungen erfüllt sind, welche von der Praxis an die Aufhebung einer Rente nach Massgabe der SchlB IVG gestellt werden. Die Rentenaufhebung erweist sich demnach grundsätzlich als rechtmässig. 4.5 4.5.1

Zu beachten ist indes, dass gemäss lit. a Abs. 2 der SchlB IVG die Bezügerin oder der Bezüger Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a hat, wenn die Rente herabgesetzt oder aufgehoben wird. Werden Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a durchgeführt, so wird die Rente nach lit. a Abs. 3 SchlB IVG bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung.

Vorliegend stellte die Beschwerdegegnerin die Rentenleistungen ohne weitere Integrationsmassnahmen ein und liess es mit dem (in der Sachverhaltsschilderung enthaltenen) Hinweis

sein Bewenden haben, die Beschwerdeführerin habe weiterhin die Möglichkeit, sich zu melden, falls sie an Eingliederungsmassnahmen interessiert sei (Urk. 2 S. 4). 4.5.2

Vorweg ist festzuhalten, dass grundsätzlich die Beschwerdegegnerin für die Eingliederung von Versicherten zuständig ist, welchen aufgrund der Gesetzesrevision die Rente entzogen wird. Eine Delegation dieser Verantwortlichkeit an die Versicherten ist nicht statthaft. Dies ergibt sich denn auch aus den Materialien, wurde doch in der Botschaft zur Änderung des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) vom 24. Februar 2010 Folgendes festgehalten: „Gleichzeitig mit einer allfälligen Herabsetzung oder Aufhebung der Rente, soll der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben für betroffene Personen erleichtert werden, indem sie einen Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen während höchstens zwei aufeinanderfolgenden Jahren erhalten, falls

diese für eine Wiedereingliederung sinnvoll und nutzbringend sind. Wichtig dürfte insbesondere die Arbeitsvermittlung

sein, die in der Regel eine Eingliederung ins Erwerbsleben erleichtert und

von der IV-Stelle deshalb praktisch in jedem Fall zugesprochen werden kann.“ (BBI 2010 S.

1911) Eine Aufhebung der Rente kann demgemäss nicht ohne weiteres verfügt werden, sondern lediglich dann, wenn die Beschwerdegegnerin Eingliederungsmassnahmen an die Hand nimmt oder eine allfällige Verweigerung dokumentiert ist. Ob ohne Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens eine Renteneinstellung überhaupt möglich ist, braucht vorliegend nicht geprüft zu werden (vgl. zur Rechtslage bei Rentenherabsetzung oder -aufhebung bei Versicherten ab Alter 55

oder nach 15-jähriger Bezugsdauer: Urteil des Bundesgerichts 9C_497/2013 vom 30. November 2013 E. 3.3). 4.5.3

Sodann steht fest, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin nicht auf die Rechtsfolgen ihres Entscheides betreffend Eingliederungsmassnahmen aufmerksam

gemacht hat. Nämlich dass ihr die Rente für (höchstens) weitere zwei Jahre ausgerichtet wird beziehungsweise dass die Rente - bei Verzicht auf Eingliederungsmassnahmen - mit sofortiger Wirkung aufgehoben wird. Demgemäss besteht auch unter dem Titel der Aufklärungspflicht nach Art. 27 Abs. 1 ATSG kein Raum für eine umgehende Aufhebung der Invalidenrente. 4.6

Damit ist die angefochtene Verfügung vom 10. Juni 2013 in dem Sinne zu bestätigen, dass eine Aufhebung der Invalidenrente grundsätzlich rechtens ist, die Ausrichtung der Rente aber nicht auf das Ende der Zustellung der Verfügung folgenden Monats erfolgt, sondern - unter einstweiliger Weiterausrichtung der Rente - erst nach Ende von allfälligen Eingliederungsmassnahmen, jedoch höchstens nach zwei Jahren seit der Rentenaufhebung. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 5. 5.1

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und - angesichts

des überwiegenden Unterliegens - der Beschwerdeführerin zu zwei Dritteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel aufzuerlegen. 5.2

Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens fest zulegen ist (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Angesichts des bloss geringen Obsiegens rechtfertigt sich die Zusprache

einer Prozessentschädigung von Fr. 800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 10. Juni 2013 der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, insofern abgeändert, als die Ausrichtung der Rente erst nach Abschluss allfälliger Eingliederungsmassnahmen, spätestens aber zwei Jahre nach der Rentenaufhebung, eingestellt wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden zu zwei Dritteln der Beschwerdeführerin und zu einem Drittel der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Minder

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