

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00130 vom 24. März 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00130

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00130 du 24 mars 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00130 del 24 marzo 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1970 geborene und als Kellner erwerbstätig gewesene X.____ bezieht seit 1998 infolge von Hüft- und Schulterbeschwerden sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine halbe Rente der Invalidenversicherung (Urk. 8/22-24). Der Rentenanspruch wurde wiederholt revisionsweise bestätigt bzw. es wurde mit Urteil IV.2011.00926 des hiesigen Gerichts vom 28. Februar 2013 in Aufhebung der Rentenaufhebungsverfügung der IV-Stelle vom 6. Juli 2011 festgestellt, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente habe (Urk. 8/123).

Inzwischen hatte der Versicherte am 13. September 2011 unter Hinweis auf eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation um eine Rentenerhöhung ersucht (Urk. 8/101), worauf die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, aktuelle Auskünfte der behandelnden Ärzte eingeholt hatte. Nachdem das oben erwähnte Urteil unanfechtbar in Rechtskraft erwachsen war, führte sie das Vorbescheidverfahren durch (Urk. 8/140 ff.)

und wies mit Verfügung vom 13. Dezember 2013 das Erhöhungsgesuch ab (Urk. 2).

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 3. Februar 2014 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Zuspreehung einer ganzen Invalidenrente, eventualiter um Verpflichtung der Verwaltung zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen unter Weiterausrichtung der bisherigen Rente. Daneben ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 11. März 2014 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Eingabe vom 17. März 2014 zog der Beschwerdeführer sein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege zurück (Urk. 9). Am 1. April 2014 wurde ihm das Doppel der Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Mit Bezug auf die massgebenden rechtlichen Grundlagen kann auf die Erwägungen 1.1 bis 1.

E. 3

und 1.5 im Urteil IV.2011.00926 des hiesigen Gerichts vom 28. Februar 2013 (Urk. 8/123) verwiesen werden. 2.

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung bildet die mit Urteil IV.2011.00926 des hiesigen Gerichts vom 28. Februar 2013 aufgehobene Verfügung vom 6. Juli 2011 (Urk. 8/96). Bei der Verneinung einer sich auf die

Rente auswirkenden gesundheitlichen Veränderung (mit dem Ergebnis, dass die bisherige halbe Rente weiter auszurichten war) stellte das hiesige Gericht auf das Gutachten

des Instituts Y.____, vom 28. Februar 2011 (Urk. 8/83) ab, worin folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden : - Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD 10 M54.80) - Status nach Distorsion der Halswirbelsäule am 25. Februar 1995 und 30. August 1997 - radiologisch unauffälliger Befund der Halswirbelsäule ohne segmentale Blockierungen oder Instabilitätszeichen - Osteochondrose und Diskusprotrusion L 4/5 ohne Neurokompression (MRI vom 20. Juli 2010) - Chronische Schmerzen der rechten unteren Extremität (ICD-10 M79.60) - Status nach Traktomie und Bursektomie der Hüfte am 28. Juli 1993 wegen Traktusschnappens - Status nach Rezidiv-Operation am 19. November 1994 - radiologisch minimale Coxarthrosezeichen (Röntgen vom 26. Juli 2010) - symmetrisch freie Beweglichkeit der Hüftgelenke - Chronische Schulter-Arm-Handschmerzen beidseits (ICD-10 M79.60) - radiologisch Verkalkung am Ansatz der Supraspinatussehne links, ansonsten beidseits unauffälliger Befund - Status nach konservativ behandelte distale Radiusfraktur rechts vom 12. Januar 2009 - weitgehend freie Schulterbeweglichkeit beidseits ohne Hinweis für Impingement, Läsion von Akromioklavikulargelenk, langer Bizepssehne oder Rotatorenmanchette - Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde

folgenden Diagnosen bei gemessen : - Hepatitis B (ICD-10 B18.19) - aktive HBV-Replikation im November 2010 - Verdacht auf pathologische Glucosetoleranz

Später wurde in der Klinik Z.____

(Bericht vom 11. April 2011, Urk. 8/93/3-

E. 4

.

E. 4.1

Im Bericht vom 23. November 2011 (Urk. 8/113 /1-9) stellten die Ärzte der Klinik A.____

folgende Diagnosen: - ICD-10 F33.1: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtige mittelgradige Episode, bestehend seit mindestens 2008 - ICD-10 F60.8: Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung, bestehend seit der Adoleszenz - Chronifizierte Schmerzen (Hüfte, Knie)

Gestützt darauf attestierten sie dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Behandlungsbeginn am 17. Februar 2011. Weiter führten sie aus, anfänglich habe der Beschwerdeführer mittelgradige bis schwere depressive Symptome aufgewiesen. Im Laufe der Behandlung habe die Suizidgefahr durch psychotherapeutische sowie psychopharmakologische Massnahmen reduziert werden können und der Beschwerdeführer habe wieder Zukunftsperspektiven zu erarbeiten vermocht. Insgesamt sei es jedoch allenfalls zu einer Teilremission der Symptome gekommen. Konzentrationsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit seien mittelgradig, das Auffassungsvermögen leichtgradig eingeschränkt. Aufgrund der vorliegenden Persönlichkeitsakzentuierung verfüge der Beschwerdeführer über sehr eingeschränkte Ressourcen, um mit den vorhandenen Einschränkungen umzugehen, was die Situation weiter verschärft habe und eine

Behandlung deutlich erschwere.

E. 4.2

Im Bericht der Klinik Z.____

vom 4. Januar 2012 (Urk. 8/115) wurde folgende

Diagnose gestellt : - Chronische periartikuläre Schmerzen Knie links mit/bei -
Hyperextensionsfähigkeit Kniegelenk beidseits 10°, leichter Patella baja - MRT Knie
30.03.2011: Extraossäres

mehrzystiges Ganglion proximaler latero anteriorer Unterschenkel periartikulär um das
Fibulotibialgelenk links, kein Hinweis auf Knieinnenläsion - sonographisch

anteriore Zystenbildung um das Fibulotibialgelenk mit Ausdehnung von 0.6 x 1.5 cm,
fragliche Zystenbildung dorsal zwischen Fibula und Tibia (Sonographie Kniegelenk vom
29.06.2011) - negative Testinfiltration intraartikulär Knie links 25.08.2011 - diagnostische/
therapeutische BV-gesteuerte Infiltration proximales Fibulotibialgelenk links am
08.09.2011 mit vorübergehender 90%iger Schmerzreduktion - MRT Knie links
04.11.2011: Erneuter Ausschluss einer Knieinnenläsion, Ganglion zyste proximales
Fibulotibialgelenk Bestehend seit

etwa Februar 2011, aufgetreten nach einem Anschlag-Trauma des ventromedialen
Kniegelenkes - Chronisches lumbovertebrales respektive lumbospondylogenes
Schmerzsyndrom - aktenanamnestisch rezidivierendes lumboradikuläres Reizsyndrom L5
rechts - Verengung des Recessus

lateralis L4/5 rechts (MRI LWS 7/2010), MRI-Aufnahmen lagen nicht vor -
aktenanamnestisch Status nach Morbus Scheuermann - aktuell ISG Dysfunktion rechts -
Chronisch rezidivierendes zervikovertebrales bis zervikospondylogenes Syndrom - geringe
radige

ossäre

Neuroforamenstenose C6/7 linksseitig bei Unkovertebralarthrose C6/7 links (MRI HWS
10/2007), MRT-Aufnahmen lagen nicht vor

Laut Bericht bleibt die genaue Ursache der geklagten Knieschmerzen unklar. Die am
4. November 2011 erneut durchgeführte magnetresonanztomographische Untersuchung des
linken Knies zeigt keine korrelierende, intraartikuläre Pathologie. Aus orthopädischer
Sicht sei - so die berichtende Ärztin - die Arbeitsfähigkeit durchaus mit 100 %
einzuschätzen. Das Kniegelenk sei voll belastungsfähig. Limitierend sei jedoch die vom
Beschwerdeführer angegebene, durchaus ausgeprägte Schmerzintensität.

E. 4.3

Am 17. September 2013 berichtete

die Klinik A.____

(Urk. 7/143)

unter Hinweis auf die bereits seit 2010 bestehende Depressivität (zu den gestellten
Diagnosen siehe E. 4.1 hievore), dass

sich bezüglich der depressiven Erkrankung im Verlauf der Behandlung trotz intensiver Bemühungen des Beschwerdeführers und des Behandlungsteams keine signifikante Verbesserung ergeben habe. Vielmehr sei aufgrund der depressiven Symptomatik sowie der Dauer der klinisch bestehenden Arbeitsunfähigkeit von einer weiteren Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Beschwerdeführer sei nicht nur im an gestammten Bereich zu 100 % arbeitsunfähig, sondern auch im angepassten Bereich.

E. 5.1

Aus

orthopädischer Sicht ist keine Veränderung im massgebenden Vergleichszeitraum ausgewiesen. Trotz verschiedener fachärztlicher Abklärungen und Behandlungsversuche konnten die vom Beschwerdeführer geklagten Knieschmerzen nicht objektiviert werden, weshalb die behandelnden Ärzte der Klinik Z.____

auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren konnten.

E. 5.2

Mit Bezug auf die depressive Symptomatik bzw. die Einschätzung des Leistungsvermögens durch die behandelnden Ärzte der psychiatrischen Klinik A.____

(vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten) ist festzuhalten, dass gegen eine derart hohe Einschränkung durch die psychische Störung namentlich der Umstand spricht, dass die betreffenden Ärzte es unterliessen, einleuchtend zu begründen, weshalb dem Beschwerdeführer überhaupt keine erwerbliche Tätigkeit mehr zumutbar sein soll, obwohl die Einschränkung der psychischen Funktionen als (lediglich) leicht bis höchstens mittelgradig beurteilt wurde (vgl. E. 4.1 hievore) und im Schreiben vom 17. September 2013 keine davon abweichenden Befunde und Diagnosen aufgeführt sind. Darüber hinaus ist wie bereits im Urteil IV.2011.00926 vom 28. Februar 2013 (E. 5.1.2) erfolgt auf die höchstrichterliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach eine depressive Entwicklung selbst bei Vorliegen einer definitionsgemäss vorübergehenden mittelgradigen Episode nicht die nötige Intensität und Dauer aufweist. Eine mittelgradige depressive Episode stellt rechtsprechungsgemäss grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar (in BGE 138 V 339 nicht publizierte E. 4.3.2 mit Hinweisen).

Hinsichtlich der Verdachtsdiagnose einer

seit der Adoleszenz bestehenden

narzisstischen Persönlichkeitsstörung (Urk. 8/113 S. 2; vgl. E. 4.1 hievore) ist zunächst festzuhalten, dass Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit oder Adoleszenz beginnen und sich endgültig im Erwachsenenalter manifestieren (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Bern 2014, S. 274 ff.). Echtzeitliche Hinweise auf eine solche psychische Störung in der Vergangenheit finden sich in den Akten trotz wiederholter psychiatrischer Abklärungen nicht (vgl. Bericht des Spitals B.____

vom 11. August 1995, Urk. 8/7; Gutachten des Zentrums C.____ vom 22. April 1999, Urk. 8/17; Y.____ Gutachten vom 28. Februar 2011, Urk. 8/83). Selbst die behandelnden Ärzte der Klinik A.____

relativierten die gestellte Verdachtsdiagnose, indem sie von „Persönlichkeitsstruktur mit narzisstischen Zügen“ (Urk. 8/113 S. 3), „Persönlichkeitsausprägung“ (Urk. 8/113 S. 4) und „Persönlichkeitsakzentuierung“ (Urk. 8/113 S. 6) berichteten.

Damit stellt sich die Frage nach der Abgrenzung zur Diagnose einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen nach ICD-10 Z73. Eine

allfällige Diagnose aus der sogenannten Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10-Systems fällt jedoch rechtsprechungsgemäss

nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens

(vgl. u.a. die Bundesgerichtsurteile 9C_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.4 sowie 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2, je mit Hinweisen).

Bei der Würdigung der Aussagen der behandelnden Ärzte der psychiatrischen Klinik A._____

rechtfertigt es sich unter den gegebenen Umständen,

der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Auch ihre wiederholten Interventionen bei der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Rentenerhöhungsgesuchs (Urk. 8/101 und Urk. 8/143) zeugen von einer über die ärztliche Behandlung hinausgehenden Wahrnehmung der Interessen des Beschwerdeführers.

E. 5.3

Nach dem Gesagten, ist eine anspruchrelevante Verschlechterung zu verneinen. Da überdies eine massgebliche Änderung des wirtschaftlichen Sachverhaltes nicht ersichtlich ist und seitens der Parteien auch nicht geltend gemacht wird, ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 6

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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: - Rechtsanwältin Ursula Reger- Wyttenbach - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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
Meier-Wiesner

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