

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00940 vom 20. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00940

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00940 du 20 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00940 del 20 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965, war seit Februar 2000 bei der Y.____ als Mitarbeiterin Milchprodukte in einem Pensum von rund 85 % tätig (Urk. 8/18 Ziff. 2.1, Ziff. 2.7-9). Unter Hinweis auf eine Bandscheibenoperation meldete sich die Versicherte am

E. 1.1

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). 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).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozialpraktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der

medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.5

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene falls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrer Verfügung (Urk. 2) die bis 31. März 2015 befristete Zusprache einer ganzen Invalidenrente damit, dass der Be schwerdeführerin zum Zeitpunkt des Ablaufes der einjährigen Wartezeit keine Tätigkeit zumutbar gewesen sei, weshalb der Invaliditätsgrad 100 % betrage. Spätestens ab 9. Dezember 2014 sei ihr eine angepasste Tätigkeit wieder zu 100 % zumutbar gewesen. Ausgehend von einer 100%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % resultiere ab 1. April 2015 ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 25 % (Begründung S. 2 f.). 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, per Dezember 2014 sei keine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes eingetreten und sie leide nach wie vor unter Beschwerden am Rücken und an der Schulter und sei nicht zu 100 % arbeitsfähig. Schmerzbedingt müsse sie täglich elf Medikamente einnehmen, was sich ebenfalls negativ auf ihre Leistungsfähigkeit auswirke. Trotz der Einnahme von Psychopharmaka liege eine mittel gradige depressive Episode vor, was die Beschwerdegegnerin zu Unrecht nicht beachtet habe. Die vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenen Gutachten seien ungenügend. So sei die Verständigung mit dem psychiatrischen Gutachter schwierig gewesen und diesem hätten nicht sämtliche Akten vorgelegen. Ihre Schmerzproblematik sei ungenügend abgeklärt worden. Das in der Verfügung genannte Belastungsprofil entspreche nicht ihrem effektiven Leistungsvermögen (S.1 f.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über den 31. März 2015 hinaus einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat und in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine abschliessende Beurteilung zulässt. 3.

3.1

Dr. med. Z.____, Leitender Oberarzt, Wirbelsäulenchirurgie, Klinik A.____, stellte in seinem Bericht vom 14. November 2013 (Urk. 8/14) folgende Diagnose (S. 1): - Status nach transforaminaler lumbaler intersomatischer Fusion mono-por tal links durch bilateralen Mini-open Zugang auf Höhe L4/5 am 22. Juli 2013 bei: - Osteochondrose L4/5 - Bandscheibendegeneration L2 bis 4

Dr. Z.____ führte aus, die Beschwerdeführerin komme drei Monate postoperativ planmässig zur Verlaufskontrolle. Seit der letzten Konsultation habe sich die Schmerzsituation nicht gebessert, sie habe sogar im Rahmen der Wetterfühligkeit eher eine leichte Zunahme der Lumbalgien bemerkt. Vor allem nach kleineren Belastungen zu Hause verspüre sie stärkere Rückenschmerzen. Haushaltsarbeiten habe sie ebenfalls schmerzbedingt noch nicht aufnehmen können und die Schmerzmedikamente noch nicht reduziert (S. 1).

Dr. Z.____ führte aus, die noch bestehenden belastungsabhängigen Beschwerden seien im Rahmen des zu Erwartenden. Bei radiologisch unauffälligem Verlauf sei noch weiterhin Schonung zu empfehlen, und es sei ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu 100 % für zwei weitere Monate ausgestellt worden (S. 2). 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seinem Bericht vom 24. Dezember 2013 (Urk. 8/22/2-3) aus, die Beschwerdeführerin leide an therapieresistenten Kreuzschmerzen, die auf die Bandscheibe L4/5 zurückgeführt würden. Dr. Z.____ habe am 22. Juli 2013 eine Diskektomie und Spondylodese L4/5 durchgeführt (S. 1 Ziff. 1).

Dr. B.____ führte aus, im Verlauf nach der Spondylodese habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin deutlich gebessert. Es bestünden noch Restbeschwerden, die zur Zeit mit Novalgin behandelt würden. Am 23. Dezember 2013 sei das Facettengelenk L5/S1 diagnostisch getestet worden. Möglicherweise bestehe hier nach der Spondylodese L4/5 eine Überlastung des Gelenks (S. 1 Ziff. 4).

Bis zum Operationstermin am 22. Juli 2013 hätten keine länger anhaltenden Arbeitsunfähigkeiten vorgelegen. Die Beschwerdeführerin sei seither während der Rekonvaleszenz zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei aufgrund des Belastungsprofils von einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die Patientin müsse im Rahmen ihrer Tätigkeiten mehr oder weniger ständig schwere Gewichte anheben und tragen. Zusätzlich werde ihre Arbeitsfähigkeit derzeit noch durch eine Rotatorenmanschettenruptur der rechten Schulter beeinträchtigt, die ebenfalls in Behandlung sei. Gegebenenfalls sei hier eine Operation vorgesehen (S. 2 Ziff. 6).

Dr. B.____ führte aus, in einer angepassten Tätigkeit sei von dem Wiedererlangen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Art der Behandlung der rechten Schulter werde diesen Zeitpunkt wohl hauptsächlich bestimmen. Von Seiten des Rückens sehe er ab Januar 2014 für sechs Wochen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und anschliessend eine Steigerung auf 100 %. Von Seiten der Schulter her seien sicherlich einseitige Tätigkeiten wie ständige Computerarbeiten sowie das Heben und Tragen nicht zuzumuten.

Bezüglich der Lendenwirbelsäule (LWS) müsse festgelegt werden, dass nach einer Spondylodese eine körperlich belastende Arbeit nicht zumutbar sei. Das exakte Belastungsprofil müsse jedoch individuell eruiert werden (S. 2 Ziff. 7). Die Patientin werde bezüglich der Schulterpathologie am 9. Januar 2014 in der Klinik A.____ untersucht. Bis dahin bestehe sicherlich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bezüglich der Schulter (S. 2 Ziff. 9). 3.3

Dr. med. C.____, stellvertretender Oberarzt, Obere Extremitäten, Klinik A.____, nannte in seinem Bericht vom 12. Mai 2014 (Urk. 8/29/1-2) als Diagnose einen Status nach Arthroskopie, subacromialer Dekompression, Akromioklavikulär (AC)-Gelenksteilresektion, Supraspinatussehnen-Rekonstruktion mittels Speed-Bridge rechts

vom 12. Februar 2014 durch Dr. C.____. Als Nebendiagnosen nannte er einen Status nach intersomatischer Fusion L4/5 links durch Dr. Z.____ im Juli 2013, einen Status nach Hallux-Operation 1995 und einen Status nach Nikotinabusus bis vor drei Monaten (S. 1).

Dr. C.____ führte aus, es habe am 12. Mai 2014 die zweite postoperative Kontrolle inklusive Sonographie stattgefunden. Die Beschwerdeführerin mache eine schwere Zeit durch. Sie gebe multiple Beschwerden seitens der Wirbelsäule, Schulter sowie einer bestehenden Reizblasensymptomatik an. Dies habe zu depressiven Verstimmungen geführt. Sie fühle sich im Alltag erheblich durch die Gesamtsituation eingeschränkt. Sie nehme stetig an Gewicht zu und fühle sich insgesamt alles andere als wohl. Seitens der Schulter sei der Verlauf zwar zeit gerecht, jedoch bestünden hier auch noch Einschränkungen (S. 1).

Dr. C.____ hielt fest, nach wie vor gestalte sich der Verlauf an der Schulter rechts zeitgerecht. Sonographisch klinisch zeige sich keine Auffälligkeit, hingegen sei die Gesamtsituation unbefriedigend. Die Patientin befinde sich ganz offensichtlich in einem Stimmungstief, welches durch die multifaktoriellen medizinischen Beschwerden verursacht sei. Im ausführlichen Gespräch sei festgestellt worden, dass die stationäre medizinische Rehabilitation sinnvoll wäre. Ein entsprechender Antrag werde gestellt. Aus schulterchirurgischer Sicht bleibe die Patientin bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2). 3.4

Die Ärzte der D.____

stellten in ihrem Bericht vom 20. August 2014 (8/39/6-9) nach stationärem Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 2. Juli bis 3. August 2014 folgende Diagnosen (S. 1): - Rotatorenmanschettenruptur (Supraspinatus), AC-Gelenksarthrose und Outlet-Impingement der Schulter rechts - Arthroskopie, subacromiale Dekompression, AC-Gelenksteilresektion, Supraspinatussehnen-Rekonstruktion mittels Speed-Bridge rechts 12. Februar 2014 (Dr. C.____, Klinik A.____) - chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei - klinisch muskulärer Instabilität und Dysbalance - Status nach intersomatischer Wirbelkörperfusion L4/5 links am 22. Juli 2013 - Schlaflosigkeit mit allgemeiner körperlicher Erschöpfung nach oben genannten Eingriffen - Status nach Halluxoperation 1995 - Status nach Nikotinabusus bis von drei Monaten - ausgeprägte Reizblasensymptomatik ohne Inkontinenz - urologische Abklärung am 11. März 2014 erfolgt - seit 1. Juli 2014 Absetzen der Medikation aufgrund von Nebenwirkungen

Die Ärzte führten aus, die Zuweisung sei zur muskuloskelettalen Rehabilitation mit Schwerpunkt der rechten Schulter und der Wirbelsäule sowie zur begleitenden psychosomatischen Betreuung erfolgt (S. 1). Der Beruf der Beschwerdeführerin in der Molkerei, welchen sie seit 15 Jahren innehat, beinhaltet viel Heben und Tragen in der Kälte. Sie könne nach eigener Einschätzung zehn Minuten sitzen, wenig laufen (am Besten in der Ebene) und nicht lange stehen. In der Erlebnisgruppe habe sie sich zwischen 60 und 70 Minuten outdoor mobil gezeigt und habe gute Kontakte gehabt und sich hilfsbereit gegenüber anderen Mitpatienten gezeigt.

Die Ärzte führten aus, Arbeiten, welche schweres Heben und Tragen erforderten, seien aktuell nicht ausführbar. Die Arbeitsweise der Beschwerdeführerin sei geordnet und nicht von äusseren Stimulatoren abhängig. Sie könne sich während 1.5 Stunden kontinuierlich einer Arbeit zuwenden und selbständig und adäquat Pausen machen. Tätigkeiten im Sitzen seien problemlos möglich. Eine wechselbelastende Tätigkeit scheine erforderlich. Arbeiten, welche eine Vorneigung oder das Aufheben von Gegenständen vom

Boden erforderten, seien nur bedingt ausführbar (S. 3 Mitte).

Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin habe am 27. Juli 2014 in gebesserem Allgemeinzustand sowie bei verbesserter Belastbarkeit in die gewohnte häusliche Umgebung entlassen werden können (S. 3 unten). Der Rehabilitationsverlauf sei erfreulich gewesen mit deutlicher psychophysischer Reconditionierung. Empfohlen würden die Fortführung der ambulanten Physiotherapie sowie zur weiteren Stabilisierung und Begleitung dringend die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie (S. 4 oben). 3.5

Dr. Z.____, Klinik A.____, stellte in seinem Bericht vom 8. August 2014 (Urk. 8/45/8-9) folgende Diagnose (S. 1): - persistierende Lumbalgien mit/bei: - Status nach transforaminaler lumbaler intersomatischer Fusion monoportal links durch bilateralen Mini-open Zugang auf Höhe L4/5 am 22. Juli 2013 bei Osteochondrose L4/5 und Bandscheibendegeneration L2 bis 4

Als Nebendiagnosen nannte Dr. Z.____ einen Status nach Nikotinabusus, einen Status nach Schulteroperation rechts am 12. Februar 2014, durch Dr. C.____, einen Status nach stationärer Rehabilitation vom 2. bis 27. Juli 2014 in der D.____, einen Status nach Halluxoperation 1995 und eine ausgeprägte Reizblasensymptomatik ohne Inkontinenz (urologische Abklärung März 2014). Dr. Z.____ führte aus, seit der letzten Konsultation vor einem halben Jahr habe sich die Situation nicht gebessert. Es bestünden weiterhin belastungsabhängige Lumbalgien und auch Schmerzen im Rippen thorax links, Schulterschmerzen und ein allenfalls medikamentös indizierter Hustenreiz (S. 1). Aufgrund der immer noch bestehenden Beschwerden werde eine CT- und eine MRI-Untersuchung der LWS organisiert, um die Implantatlage und die Spondylodese zu beurteilen. Zusätzlich werde noch eine MRI-Untersuchung der Brustwirbelsäule (BWS) in die Wege geleitet mit der Frage nach einer Nervenwurzelkompression auf Höhe Th7, 8 oder 9 links dominant. Ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu 100 % werde zugestellt (S. 2). 3.6

Dr. C.____, Klinik A.____, nannte in seinem Bericht vom 12. August 2014 (Urk. 8/36/1-2) die gleichen Diagnosen und Nebendiagnosen wie in seinem Bericht vom 12. Mai 2014 (vgl. vorstehend E. 3.3).

Er führte aus, hinsichtlich der Schulter bestehe nun objektiv wie auch subjektiv ein klar positiver Verlauf. Es werde empfohlen, die funktionellen Übungen weiter auszubauen. Vor allem die aktive Beweglichkeit könne nun uneingeschränkt trainiert werden (S. 1). 3.7

Dr. med. E.____, Oberarzt F.____, G.____, stellte in seinem Bericht vom 8. Dezember 2014 (Urk. 8/56/2-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Anpassungsstörung mit vorwiegend Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.34), bestehend seit dem 25. August 2014 - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), bestehend seit dem

E. 4

Dezember 2014

Dr. E.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 25. August 2014 bei ihnen in Behandlung und die letzte Kontrolle sei am 4. Dezember 2014 erfolgt (Ziff. 1.2). In der angestammten Tätigkeit bestehe eine verminderte Konzentrationsfähigkeit und eine verminderte Belastbarkeit. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). Die depressive Symptomatik werde vom weiteren Ansprechen der Patientin auf die antidepressive Therapie sowie dem Ausmaß des Weiterbestehens von Schmerzen

abhängen (Ziff. 1.4). 3.8

Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, erstattete am 31. Dezember 2014 das vom Krankentaggeldversicherer veranlasste rheumatologische Gutachten (Urk. 8/58/12-22). Er stellte folgende rheumatologische und internistische Diagnosen (S. 8 Ziff. 3.4.1-2): - lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Syndrom beidseits bei Status nach Spondylodese L4/5 vom 22. Juli 2013 und degenerativen Veränderungen L2/3 und L3/4 - residuelle Schulterbeschwerden rechts bei Status nach Supraspinatussehnen-Rekonstruktion am 12. Februar 2014 - Verdacht auf arterielle Hypertonie - abgeklärte Reizblasensymptomatik - leichtgradiger Vitamin D-Mangel

Dr. H.____ führte aus, bei einem Status nach Spondylodese L4/5 und zumindest mässiggradigen degenerativen Veränderungen L3/4 und beginnend auch L2/3 sei in der angestammten Tätigkeit als Molkereimitarbeiterin bei der Y.____ aktuell und vermutlich dauerhaft keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Dies sowohl anhand der Arbeitsplatzbeschreibung der Versicherten wie auch des beiliegenden Arbeitsplatzprofils. Es sei äusserst unwahrscheinlich, dass auch bei Erfolg von weiteren medizinischen Behandlungen mittel- oder langfristig auch eine Teilarbeitsfähigkeit in dieser Tätigkeit wieder erlangt werden könne (S. 10 Ziff. 7).

Die Versicherte sei in ihrer Arbeitsfähigkeit in erster Linie aufgrund ihrer chronischen Wirbelsäulenbeschwerden eingeschränkt, zusätzlich auch von Seiten der rechten Schulter nach Rekonstruktion der Supraspinatussehne. Nicht mehr zumutbar seien ihr länger dauernde Zwangshaltungen der Wirbelsäule, insbesondere rein oder vorwiegend sitzende Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit häufigem und längerem Stehen an Ort, insbesondere nach vorne geneigt. Repetitives Heben oder Tragen von Lasten bis Taillenhöhe seien ihr bis 7.5 kg, vereinzelt bis 12.5 kg zumutbar. Heben bis Brusthöhe sollte nur vereinzelt bis maximal 5 kg erfolgen. Zusätzlich seien von Seiten der rechten Schulter belastende Arbeiten über Kopf mit dem rechten Arm ebenfalls nur noch selten zumutbar. In einer wechselbelastenden Tätigkeit unter Berücksichtigung der genannten Gewichtslimiten und ohne häufige Tätigkeiten mit dem rechten Arm über Kopf bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine solche Tätigkeit wäre der Versicherten medizinisch-theoretisch auch in einem vollen Pensum ohne zusätzliche Leistungseinschränkungen zumutbar. Nachdem bereits eine IV-Anmeldung erfolgt sei, sei nun eine rasche Abklärung betreffend beruflicher Massnahmen und Reintegration in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit vordringlich (S. 11 Ziff. 8). 3.9

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 5. März 2015 das vom Krankentaggeldversicherer veranlasste psychiatrische Gutachten (Urk. 8/58/4-11).

Dr. I.____ nannte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Zustand nach Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (S. 6 Ziff. 3). Er habe die Versicherte am 29. November 2014 begutachtet (S. 1). Die Versicherte sei in der Heredität hinsichtlich psychischer Störungen nicht vorbelastet; sie sei in problematischer emotionaler Umwelt aufgewachsen. Zudem schildere sie die Beziehung zu ihrer Mutter als instabil und habe die Kindheit gesamthaft in keiner guten Erinnerung. Der weitere nennenswerte Faktor sei die angebliche Persistenz und Schmerzbeschwerden, wobei die Versicherte in den letzten 15 Jahren eine körperlich anspruchsvolle Tätigkeit in der Molkerei verrichtet habe. Nachdem sie infolge von Schmerzen bereits hier versorgt worden sei, habe sie einen psychophysischen Erschöpfungszustand entwickelt und sei einer rehabilitativen Behandlung zugeführt worden.

Diese sei ein Erfolg und die Rolle der Psyche im Fortbestehen der Beschwerden sei insofern beachtet, als der Versicherten empfohlen worden sei, im Anschluss an die Rehabilitationsbehandlung eine fachpsychologische beziehungsweise psychiatrische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Seit August 2014 befinde sich die Versicherte in psychiatrischer Behandlung im F.____. Ihr Zustand sei dort als Anpassungsstörung qualifiziert und es sei eine kombinierte Psychopharmakotherapie etabliert worden, welche gute Erfolge gezeigt habe (S. 6 unten). Auf dem psychiatrischen Fachgebiet präsentiere die Versicherte zusammenfassend keine relevanten Defizite und ihre Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt (S. 7 oben).

Zum psychopathologischen Befund führte Dr. I.____ aus, die Beschwerdeführerin sei wach und zu allen Qualitäten orientiert gewesen, formal-gedanklich kohärent und nicht verlangsamt und eingeengt. Kognitiv-mnestisch sei sie subjektiv nicht relevant defizitär. Bei detaillierter Prüfung seien die Fähigkeit zum abstrakten Denken, die Auffassungsgabe, die Mnestik sowie die Konzentrations- und Merkfähigkeit allesamt intakt. Die Grundstimmung werde als nicht wesentlich beeinträchtigt angegeben, affektiv erscheine sie allenfalls leichtgradig affektarm/affektstarr. Die Beschwerdeführerin sei leichtgradig klagsam aber nicht deprimiert. Sie habe Zukunftssorgen aber keine Phobien und keine paroxysmale Angst. Es bestehe keine innere Unruhe, kein Wahn und keine Sinnestäuschungen und auch keine Ich-Störungen. Die Vitalgefühle würden in Abhängigkeit von den Schmerzen als reduziert angegeben. Das Selbstwertgefühl sei nicht beeinträchtigt, die Hedonie intakt. Die Beschwerdeführerin habe Einschlafstörungen bei problematischer Schlafhygiene angegeben. Durch schlafstörungen bestünden keine und der Appetit sei intakt. Es bestehe keine Suizidalität und keine Fremdgefährdung (S. 6 Mitte).
3.10

Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,

hielt in seinem Bericht vom 30. März 2015 (Urk. 8/59/3) fest, er betreue die Beschwerdeführerin seit Juni 2008 hausärztlich. Zu den Gutachten des Krankentaggeldversicherers führte er aus, die volle und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sehe er aus hausärztlicher Sicht deckungsgleich mit der rheumatologischen Beurteilung. Ebenfalls erachte er berufliche Massnahmen und eine Reintegration in eine der Behinderung angepasste Tätigkeit vordringlich. Hingegen sei dies aus hausärztlicher Sicht höchstens in einem Teilzeitpensum, aktuell und beginnend mit zwei Stunden pro Tag denkbar. Inwiefern und in welchem Mass dieses Pensum erhöht werden könne, müsse abgewartet werden. Als die Arbeitsfähigkeit einschränkend müsse das derzeitige psychische Befinden beurteilt werden. Die Beschwerdeführerin werde psychiatrisch betreut, und die dortige Beurteilung aus psychiatrischer Sicht entspreche nicht derjenigen, wie sie der psychiatrische Gutachter vorgebe. Seiner Ansicht nach bestehe derzeit ebenfalls eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. 3.11

Dr. E.____, F.____, G.____, nannte in seinem Verlaufsbericht vom 27. Mai 2015 (Urk. 8/71/1-2) als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode bei Persönlichkeitsakzentuierung und Verdacht auf ein Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) mit Persistenz ins Erwachsenenalter (S. 2).

Dr. E.____ führte aus, bei Erstkonsultation am 25. August 2014 habe eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen, bei Schlafstörungen,

Schmerzen, Arbeitsunfähigkeit und verminderter Adaptionfähigkeit unter Belastung bestanden. Trotz initial partieller Remission der psychopathologischen Symptomatik unter integrierter Psychiatrie inklusive Psychopharmakologie hätten sie am 4. Dezember 2014 eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert (S. 1 f.). Unter integrierter Psychiatrie und Psychopharmakotherapie sei die beschriebene Psychopathologie wieder partiell remittiert. Ein am 15. April 2015 durchgeführter Test habe ein ADHS im Kindesalter bestätigt, und ein weiterer durchgeführter Test habe auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit anankastischen und schizoiden Zügen hingewiesen. Ein am 7. Mai 2015 erhobener Hamilton Depression Scale (HAMD) Test habe auf eine mittelgradige depressive Episode hingewiesen (S. 2). 3.12

Dr. B.____ stellte in seinem Bericht vom 16. Juni 2015 (Urk. 8/71/3-4) folgende Diagnosen (S. 1): - persistierende, therapieresistente Lumbalgien bei Spondylodese L4/5 (22. Juli 2013) sowie Diskopathien L2/3 und L3/4 - persistierende Schulterbeschwerden rechts nach Supraspinatussehnen-Rekonstruktion am 12. Februar 2014 - chronische Depression und ADHS

Dr. B.____ führte aus, die Patientin sei derzeit medikamentös eingestellt mit Tramadol 300 mg am Tag sowie einem Antidepressivum plus Schlafmittel. Allein aus dieser aktuellen Medikamentierung heraus ergebe sich schon eine Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit, insbesondere bei Tätigkeiten, die ihre kognitive Leistungsfähigkeit uneingeschränkt voraussetzten. Auch bei wechselbelastenden Tätigkeiten könnten Grenzsituationen erreicht werden. So benötige sie bei der Haushaltarbeit nahezu ausnahmslos die Unterstützung der Familienangehörigen. Auch wenn rein von der Bildgebung der LWS her eine unauffällige postoperative Situation vorliege, bedeute dies nicht, dass die Patientin nicht unter erheblichen Beschwerden leide (S. 1). Hinzu komme die Komplexität der Diagnosen. Sie sei zusätzlich durch die Schulterbeschwerden eingeschränkt und auch die psychischen Diagnosen, welche behandlungsbedürftig seien, müssten berücksichtigt werden. Angesichts der Vielschichtigkeit ihrer Probleme, welche die Patientin glaubhaft schildere, sei es schon erfreulich, wenn sie in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig bleibe. Dr. B.____ führte aus, aufgrund der Schulterbeschwerden und der Wirbelsäulenproblematik sollte die Beschwerdeführerin nicht mehr als 5 kg Tragen oder Heben bis Tailenhöhe (S. 2).

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die vom Krankentaggeldversicherer eingeholten Gutachten von Dr. H.____ vom Dezember 2014 (vorstehend E. 3.8) und Dr. I.____ vom März 2015 (vorstehend E. 3.9) davon aus, dass im rentenanspruchsrelevanten Zeitraum nach Ablauf des Wartejahres im Juli 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit bestanden habe. Betreffend die Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit stütze sie sich auf das von Dr. H.____ im Dezember 2014 festgelegte Zumutbarkeitsprofil und ging ab diesem Zeitpunkt von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit aus (vgl. vorstehend E. 2.1).

E. 4.2

Die Gutachten von Dr. H.____ vom Dezember 2014 und von Dr. I.____ vom März 2015 berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen umfassend auseinander. Die Gutachten wurden sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchten in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen sind in nachvollziehbarer Weise begründet. Die Gutachten

2012, S. 35, Tabelle TA1, Total, Niveau 1). Dies ergibt umgerechnet auf ein Jahr bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (www.bfs.admin.ch) und unter der Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0.7 % im Jahr 2013 und 0.8 % im Jahr 2014 (www.bfs.admin.ch) ein Invalideneinkommen von rund Fr. 52'216.-- im Jahr 2014 (Fr. 4'112.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.007 x 1.008). 5.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerthen kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinheiten mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzuges vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C_728/2009 E. 4.1.2).

Nach der Rechtsprechung ist selbst bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt, wenn leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind. Dies ergibt sich daraus, dass der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 (ab 2012: Kompetenzniveau 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_72/2009 vom 30. März 2009 E. 3.4 mit Hinweisen). Der von der Beschwerdeführerin gewährte leidensbedingte Abzug von 10 % trägt den Umständen der Beschwerdeführerin genügend Rechnung. 5.6

Zum Zeitpunkt des Ablaufes des Wartjahres im Juli 2014 war die Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Erst ab dem Gutachten von Dr. H.____ vom Dezember 2014 ist ein verbesserter Gesundheitszustand und eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 100 % ausgewiesen. Demnach rechtfertigt

sich die befristete Zusprache einer ganzen Rente von 1. Juli 2014 bis 31. März 2015 (31. Dezember 2014 zuzüglich drei Monate; vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV).

Danach resultiert bei einem Valideneinkommen von rund Fr. 62'708.-- und einem unter Berücksichtigung eines Abzuges von 10 % festgesetzten Invalideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 46'994.-- (Fr. 52'216.-- x 0.9) eine Einkommenseinbusse von Fr. 15'714.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 25 % entspricht, bei welchem Ergebnis der Beschwerdeführerin keine Rente der Invalidenversicherung mehr zusteht.

Demzufolge erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 Beweismit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent-halten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchucan

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