

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01135 vom 30. Dezember 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-12-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01135

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01135 du 30 décembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01135 del 30 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1

S. 2 und 3). Eine solche ist im Folgenden vorzunehmen.

E. 4

.1

Die rentenzusprechende Verfügung vom 13. August 2009 basierte in medizinischer Hinsicht auf dem Gutachten von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, vom 21. Juli 2009

E. 8

(Urk. 7/28/2-11 ; vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom

E. 11

. Februar 2008, Urk. 7/33). Darin wurden eine deutliche Bewegungseinschränkung der linken Schulter, ein Status nach operativ versorgter Rotatorenmanschettenruptur, eine Re-Ruptur der Rotatorenmanschette

und ein

Piriformis-Syndrom an der rechten Hüfte diagnostiziert (Urk. 7/28/6), weswegen

alle Arbeiten, welche die volle Beweglichkeit des Schultergelenkes oder Kraft verlangten, bei denen Gewichte zu tragen seien und die über der Kopfhöhe durchgeführt werden müssten, nicht mehr zumutbar seien. In einer angepassten Tätigkeit, welche die Möglichkeit biete, sowohl sitzend als auch stehend zu arbeiten, kein allzu langes repetitives Bewegen der linken Schulter erfordere und Ruhepausen gestatte, bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 7/28/7, 7/28/9 und 7/28/10). Seine einfachen Arbeiten am Fließband werde der Explorand gut durchführen können (Urk. 7/28/7). Ferner wurden die partielle Endgliedamputation am rechten Daumen Ende Mai 2008

und das geklagte ausgeprägte Elektrisieren im Sinne eines Narbenneuroms vermerkt. Mit einem Narbenneurom im Daumen sei das Führen jeglicher Maschinen deutlich eingeschränkt (Urk. 7/28/11).

4.2

4.2.1

Aus den medizinischen Unterlagen, welche der Beschwerdeführer zusammen mit seinem Revisionsgesuch einreichte (vgl. Urk. 7/68), geht hervor, dass ihm Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom 1. November 2011 bis zum 29. Februar 2012

eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. Urk. 7/68/3-6).

In der Folge brachte der Beschwerdeführer einen Bericht des A.____ der B.____ vom 21. Dezember 2011 bei (Urk. 7/73). Demnach sei der Beschwerdeführer am 2. Dezember 2011 in der Sprechstunde erschienen und habe berichtet, dass er in der Vergangenheit wegen schädlichen Gebrauchs von Alkohol behandelt worden sei, letztmals 2009 in der Klinik F.____. Seither trinke er nur noch kontrolliert. Seit Neuem fühle er sich stark nervös, könne sehr schlecht einschlafen, leide unter starkem Gedankenkreisen und neuerdings auch unter Gedächtnisstörungen. Er könne sich schlecht konzentrieren und sei unaufmerksam. Der Appetit sei ebenfalls vermindert.

In der deskriptiven Beurteilung wurde festgehalten, dass die Arbeitslosigkeit eine grosse Belastung darstelle und eine depressive Reaktion mittleren Grades ausgelöst habe (ICD-10: F32.10, Z59, Z60.0 und Z56). Aufgrund von schlechten Copingstrategien habe er in der Vergangenheit immer wieder zu Alkohol gegriffen (schädlicher Gebrauch von Alkohol, ICD-10: F10.20). Aktuell seien seine Ressourcen reduziert und er sei nicht arbeitsfähig (Urk. 7/73/2). 4.2.2

Nach dem Erlass des sozialversicherungsgerichtlichen Urteils vom 19. Dezember 2013 (vgl. Urk. 7/95) zog die Beschwerdegegnerin zuerst einen Bericht der den Beschwerdeführer seit dem 18. März 2014 ambulant behandelnden Ärztinnen des A.____ der B.____ vom 26. November 2014 bei (Urk. 7/119). Darin wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), seit Herbst 2011, und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), seit März 2014, festgehalten. Differentialdiagnostisch wurde eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.80), seit März 2014, vermerkt (Urk. 7/119/2).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, dass der Patient (anamnestisch seit dem 14. November 2011) als Hilfsarbeiter zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 7/119/4). Aufgrund seiner Verständigungsschwierigkeiten, Antriebslosigkeit und Langsamkeit könne auch bei einer 50%igen Beschäftigung keine dem Zeitintervall entsprechende Produktivität erwartet werden. Allenfalls noch mögliche Beschäftigungen wären eventuell das Hüten eines Parkplatzes oder einfache Pförtnerfunktionen, das heisst einfache Tätigkeiten, in welchen weder eine grosse Bewegungsintensität noch grosse Konzentrationsleistungen verlangt würden (Urk. 7/119/3). Innerhalb eines freundlichen Arbeitsklimas könne er kleinere, unregelmässige, leichte Arbeiten verrichten, die voraussichtlich kaum zu einer dauerhaften Erwerbsfähigkeit von mehr als 25 % führen würden (Urk. 7/119/6). 4.2.3

Das in der Folge eingeholte polydisziplinäre Gutachten des C.____ vom 24. August 2015 (Urk. 7/144) umfasst die Fachbereiche Innere Medizin, Orthopädie, Pneumologie und Psychiatrie (Urk. 7/144/3). Es nennt folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/144/41) :

- Beginnende Omarthrose links

-

Ruptur der Rotorenmanschette und AC-Gelenksarthrose 05/2007 -

Arthroskopie des Schultergelenks, offene laterale Clavicula-Resektion, offene partielle Refixation der Rotatorenmanschette und Acromioplastik 05/2007

- Impingement der rechten Schulter

-

Teilruptur der Supraspinatussehne

-

AC-Gelenksarthrose

- Lumbovertebralsyndrom -

Osteochondrosen, Spondylarthrosen im Segment L3 bis S1 ohne wesentliche Kompression der Nervenwurzeln -

Beinlängenverkürzung links 2,5 cm

-

Status nach Priformis-Syndrom an der rechten Hüfte

- Status nach partieller Endgliedamputation am rechten Daumen 2009

- Diabetes mellitus Typ II

-

ED : 1993

-

Therapie: Insulin und orale Antidiabetika

-

HbA1c vom 03.06.2015: 7,6 %

-

keine Komplikationen bekannt

- Abhängigkeit von Alkohol, aktueller Konsum

- Neurasthenie .

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die ebenfalls diagnostizierte arterielle Hypertonie, die Adipositas (BMI 30,3) und der Status nach Nikotinabusus (40

py).

Es bestehe seit 2008 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit mit den beschriebenen orthopädischen und internistischen Einschränkungen. Zusätzliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychischen Leiden ergäben sich nicht (Urk. 7/144/40 und 7/144/42). 5.

5.1

Das polydisziplinäre Gutachten des C.____ vom 24. August 2015 (Urk. 7/144) basiert auf den zur Verfügung gestellten und weiteren beigezogenen Unterlagen sowie der fachärztlichen internistischen, orthopädischen, pneumologischen und psychiatrischen Untersuchung des

Beschwerdeführers

vom 15. bis zum 18. Juni 2015 (Urk. 7/144/1 und 7/144/3). Es wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstellt und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden angemessen. Die gestellten Fragen beantwortet es umfassend. Überdies setzt es sich detailliert mit anders lautenden Beurteilungen, namentlich den Berichten des A.____ der B.____ (vgl. Urk. 7/144/35), auseinander. 5.2

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wendet gegen das psychiatrische Teilgutachten von Prof. Dr. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein, es sei nicht schlüssig und widersprüchlich. Einerseits spreche der psychiatrische Gutachter von psychischen Beschwerden wie Grübeln und Durchschlafstörungen. Er sei sogar der Meinung, dass seine Beurteilung nicht wesentlich diskrepant zu den Untersuchungen der B.____ und der behandelnden Psychiaterin sei. Folgerichtig müsste er den Beschwerdeführer auch voll arbeitsunfähig schreiben. Stattdessen gehe er davon aus, dass nur eine leichte Depression vorliege, die er nicht einmal unter den Diagnosen erwähne. Offen sichtlich seien auch keine Tests durchgeführt worden. Es werde professoral eine Meinung vorgetragen, die nicht weiter, insbesondere nicht differentialdiagnostisch begründet werde. So werde der Beschwerdeführer zum Beispiel als Alkoholiker titulierte, obwohl keine entsprechenden Blutwert- und Haaranalyseangaben diese These untermauerten. Eine CDT-Messung habe nicht stattgefunden (Urk. 1 S. 4 f.).

Dieser Argumentation ist entgegen zu halten, dass der aktuelle CD-Transferrin-Wert sehr wohl erhoben worden war. Dieser betrug gemäss der labor diagnostischen Untersuchung am 17. Juni 2015 3,5 % (bei einem Normalwert von > 1,6 %), was gemäss der gutachterlichen Beurteilung für einen fortgesetzten Alkoholkonsum spricht (vgl. Urk. 7/144/24 und 7/144/45). Der Beschwerdeführer räumte denn auch gegenüber dem psychiatrischen Gutachter ein, dass er zu zwei- bis dreimal pro Tag 0,3 dl Bier konsumiere und wegen des Alkoholkonsums 3

kg zugenommen habe (Urk. 7/144/34).

Aus dem beizgezogenen Bericht der Klinik F.____ vom 28. September 2009 geht ferner hervor, dass der Beschwerdeführer vom 11. bis zum 27. August 2009 für einen Alkoholentzug im Spital H.____

hospitalisiert war (vgl. Urk. 7/144/73). Die vom psychiatrischen Gutachter gestellte Diagnose einer Alkoholabhängigkeit (Urk. 7/144/35) erscheint vor diesem Hintergrund ohne Weiteres als nachvollziehbar. Es ist auch plausibel, dass sie nebst den Schulterschmerzen als mögliche Ursache der geklagten Durchschlafstörungen in Frage kommt (Urk. 7/144/35).

Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist dahingehend beizupflichten, dass der psychiatrische Gutachter bei der Exploration ähnliche psychische Beschwerden erhoben hatte, wie zuvor bereits die mit der Behandlung betrauten psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzte. Dies muss entgegen der in der Beschwerdeschrift vertretenen Ansicht jedoch

weder zur selben Diagnosestellung noch zwingend zu einer gleichlautenden

Arbeitsfähigkeitsbeurteilung führen (Urk. 1 S.

4 f.). In diesem Zusammenhang ist vorab als Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in

Zwei Fälle eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten auszusagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Es erscheint sodann zumindest als einleuchtend, dass die vorhandenen psychischen Beschwerden aufgrund ihres geringen Ausmasses und ihrer Chronizität lediglich die Diagnose einer Neurosen und nicht diejenige einer depressiven Störung zu rechtfertigen vermögen. Auf die genaue Diagnose kommt es letztlich jedoch auch für die korrekte Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht an. Vielmehr ist entscheidend, dass sich der Beschwerdeführer in seinem Umfeld nach wie vor frei bewegen kann und selbst noch kürzere Strecken Auto fährt, mithin unter diesen Umständen aus psychischen Gründen nicht wesentlich eingeschränkt ist (vgl. Urk. 7/144/35, 7/144/39 und 7/144/40).

5.3

Aus dem Gesagten folgt, dass nichts vorgetragen wurde, was das psychiatrische Teilgutachten oder das Gutachten der C.____ vom 24. August 2015 als widersprüchlich oder nicht schlüssig erscheinen liesse oder sonst in Zweifel zu ziehen vermöchte. Ebenso wenig ist etwas dergleichen aus den Akten ersichtlich. Vielmehr erfüllt das Gutachten sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5a und 125 V 351 E. 3a). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat. 5.4

Mit dem Gutachten des C.____ vom 24. August 2015 ist ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer – wie bisher – aus somatischen Gründen lediglich im Umfang von 50 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit, wie er sie zuletzt ausgeübt hatte, arbeitsfähig ist, während sich aufgrund des psychischen Leidens keine zusätzlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben (Urk. 7/144/40 und 7/144/42). Es mag zwar zutreffen, dass neu auch bezüglich der rechten Schulter krankhafte Befunde erhoben und (bewegungsabhängige Schmerzen) geklagt

worden waren (Urk. 1 S. 3 f. und 7/153/1; vgl. Urk. 7/144/26, 7/144/28 und 7/144/29). Die daraus resultierende Bewegungseinschränkung wurde indessen als weniger gravierend und – insoweit plausibel – die Arbeitsfähigkeit nicht zusätzlich beeinträchtigend beurteilt (vgl. Urk. 7/44/29 und 7/144/38). Lediglich der Vollständigkeit halber bleibt zu bemerken, dass bereits vor Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 13. August 2009

die Beinlängenverkürzung links von 2,5 cm und die damit einhergehenden Beschwerden und Einschränkungen thematisiert worden waren, ebenso die geeigneten Gegenmassnahmen in Form von Schuhanpassungen, Physiotherapie, Massagen und Hüftgelenksinfiltration (vgl. Urk. 7/11/7-8, 7/14/2, 7/14/7, 7/28/4 und 7/28/7).

Dr. D.____

berücksichtigte die erwähnte physische Problematik

bei seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ausdrücklich

und mass ihr einen einschränkenden Einfluss zu (Urk. 7/28/7). Neue beziehungsweise verschlechterte Befunde diesbezüglich liegen nicht vor.

Auch die 2009 erfolgte Endgliedamputation des rechten Daumens und deren Folgen waren bereits seit längerer Zeit bekannt. Sie fanden denn auch in die von Dr. D.____ formulierte Umschreibung des zumutbaren Arbeitsprofils Eingang und wurden dementsprechend ebenfalls bereits bei der Rentenzusprache berücksichtigt (vgl. Urk. 7/28/11). Bei derselben war

schliesslich auch der seit 1993 diagnostizierte

insulinpflichtige Diabetes mellitus

bereits aktenkundig, wobei er die angestammte Hilfsarbeitertätigkeit (vgl. Urk. 7/15)

gemäss ärztlicher Einschätzung

in keiner Weise einzuschränken vermochte

(vgl. Urk. 7/14/2). Daran hat sich ebenfalls nichts geändert. Eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes liegt entgegen der von Seiten des Beschwerdeführers vertretenen Ansicht (Urk. 1 S. 3 f. und 7/153) insofern somit ebenfalls nicht vor. 5.5

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass sich die Verhältnisse des Beschwerdeführers nicht wesentlich verändert haben. Es ist hier deshalb auch nicht weiter zu prüfen, ob die unverändert vorhandene Restarbeitsfähigkeit angesichts seines fortgeschrittenen Alters überhaupt noch verwertbar ist (vgl. Urk. 1 S. 6 und 7/153/3, je mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014). Ebenso wenig stellt sich die Frage, ob und in welchem Umfang ein leistungsbedingter Abzug im Rahmen einer neuen Invaliditätsbemessung gerechtfertigt wäre (Urk. 1 S. 7), da es an den für eine solche erforderlichen Voraussetzungen mangelt. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigGohl Zschokke

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