

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2003.00313 vom 10. August 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-08-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2003.00313

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2003.00313 du 10 août 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2003.00313 del 10 agosto 2004

Erwägungen

E. 2

/

E. 3

Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. In Härtefällen besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 bis IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente.

Die Verfügung über eine befristete Invalidenrente enthält gleichzeitig die Gewährung der Leistung und die Revision derselben (vgl. EVGE 1966 S. 130 Erw. 2; ZAK 1984 S. 133 Erw. 3). Wird vom Zeitpunkt des Verfügungserlasses an rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese für eine weitere Zeitspanne gleichzeitig herabgesetzt oder aufgehoben, so sind nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anwendbar (vgl. BGE 121 V 275 Erw. 6b/dd; AHI 2002 S. 64 Erw. 1, 1999 S. 246 Erw. 3a; vgl. auch BGE 125 V 417 f. Erw. 2d). Nach Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003 Art. 17 Abs. 1 ATSG) ist eine Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität der Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Setzt die Verwaltung bei der Leistungszusprechung die Rente nach Massgabe der Veränderung des Invaliditätsgrades rückwirkend herab oder hebt sie sie auf, richtet sich der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung rechtsprechungsgemäss nach Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. BGE 125 V 417 f. Erw. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (in der bis 28. Februar 2004 gültig gewesenen Fassung; vgl. BGE 109 V 126 f. Erw. 4a; AHI 2001 S. 159 f. Erw. 1 und S. 278 Erw. 1a, 1998 S. 121 Erw. 1b, ZAK 1990 S. 518 Erw. 2 mit Hinweis).

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls 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 arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen

Ausknfte eine wichtige Grundlage fr die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden knnen (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

2.4 Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurckweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenugend festgestellt wurde (Â§ 26 GSVGer). Gemss stndiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rckweisung - da diese das Verfahren verlngert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rckweisung in Frage, wenn der Versicherungstrger auf ein Begehren berhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenugend abgeklrt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

3. Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, die abschliessende medizinische Untersuchung vom 15. November 2002 habe ergeben, dass bei der Beschwerdefhrerin wieder eine 100%ige Arbeitsfhigkeit bestehe. Sie knne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen (Urk. 7/9). Die mit der Einsprache eingebrachten medizinischen Berichte enthielten keine neuen Befunde, beziehungsweise zuszliche Diagnosen. Die am 9. Januar 2003 durchgefhrte Kniegelenksarthroskopie habe keine Zeichen einer chronischen Entzndung gezeigt. Es habe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den subjektiv geltend gemachten Beschwerden bestanden. Objektiv hitten keine Befunde erhoben werden knnen, welche die Arbeitsfhigkeit der Beschwerdefhrerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einschrnkten (Urk. 2 = Urk. 7/1).

Die Beschwerdefhrerin hingegen macht im Wesentlichen geltend, die gegenteilige Auffassung ihrer Hausrztin, Dr. med. D. ____, sei von der Beschwerdegegnerin nicht bercksichtigt worden. Diese attestiere ihr in den Zeugnissen vom 4. September 2002 und vom 8. September 2002 eine Arbeitsunfhigkeit von 50 %. Dr. D. ____, sei weiterhin der berzeugung, dass die Beschwerdefhrerin die von ihr subjektiv empfundenen Schmerzen adquat wiedergebe und bei ihr keine Anzeichen von bertreibungen bestnden. Sie sei berzeugt, dass Nerven betroffen worden seien, deren Verletzung nicht objektiviert werden knnten, die jedoch zu derartigen Schmerzen fhrten. Mglich sei darber hinaus eine psychische berlagerung, auch wenn Dr. D. ____, dies auf Grund der Persnlichkeitsstruktur der Beschwerdefhrerin eher verneine (Urk. 1).

3.1 In seinem Arztbericht vom 29. Juni 2001 hlt Dr. C. ____, fest, die Beschwerdefhrerin habe sich eine Y-Fraktur rechts zugezogen, welche osteosynthetisch versorgt worden sei. Sie habe immer Beschwerden in ihrem Bein angegeben und habe nicht lnger als 50 % stehen knnen. Wegen starker Druckdolenz ber dem Osteosynthesematerial sei dieses nach einem Jahr, als der Durchbau radiologisch vollkommen gesichert gewesen sei, entfernt worden. In der Folge habe die Beschwerdefhrerin wegen Schmerzen wieder einen Monat nicht gearbeitet, sei regelmssig mit ihrem Ehemann in die Sprechstunde gekommen, regelmssig zur Physiotherapie gegangen und habe dann berzeugt werden knnen, dass sie ab 6. Mrz 2001 wieder zu 50 % arbeiten solle. Sie gebe weiterhin Schmerzen im

Frakturbereich an. Klinisch habe nichts gefunden werden können, auch keine Überwärmung. Ein MRI in der Orthopädischen Universitätsklinik E.____ (nachfolgend: E.____) habe den Verdacht auf eine Algodystrophie erbracht. Die SUVA sei dann mit einer Therapie mit Miacalcic und Brufen einverstanden gewesen. Leider werde die Beschwerdeführerin in ihrem Leiden von ihrem Mann voll unterstützt, und seit der Miacalcic-Therapie habe er die Beschwerdeführerin nicht mehr gesehen. Er glaube jedoch, dass versucht werden müsse, dass die Beschwerdeführerin wieder zu 100 % arbeite. Daneben sei zu erwähnen, dass sie äusserst schmerzsensibel sei. In ihrer Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einer Schokoladefabrik sei die Beschwerdeführerin wie folgt arbeitsunfähig: 100 % vom 22. Januar 2000, 50 % ab 29. Mai 2000, 100 % ab 1. Februar 2001 und 50 % ab 6. März 2001 (Urk. 7/17).

3.2.2 Den von der Beschwerdegegnerin von der SUVA beigezogenen Akten kann in Bezug auf die medizinische Situation der Beschwerdeführerin folgendes entnommen werden (Urk. 7/52): Nach ihrem Unfall vom 22. Januar 2000, bei welchem sich die Beschwerdeführerin eine supracondyläre Y-Fraktur des rechten Femur zugezogen hatte, fand die medizinische Erstversorgung im Spital B.____ statt, wo die Ärzte gleichentags eine Winkelplattenosteosynthese durchführten. Nach problemlosem Heilungsverlauf konnte die Beschwerdeführerin am 28. Januar 2000 nach Hause entlassen werden (Bericht vom 8. Februar 2000). Am 29. Mai 2000 nahm sie ihre Tätigkeit wieder zu 50 % auf (Rapport Kundenbetreuer der SUVA vom 15. Juni 2000). Trotz intensiver Physiotherapie nahmen die von ihr geklagten starken Schmerzen im Oberschenkel und im Kniegelenk nicht ab; Versuche, das Arbeitspensum zu steigern, scheiterten. Nachdem die Fraktur radiologisch komplikationslos zur Durchheilung gekommen war, keine sensovaskulären Ausfälle vorlagen und die Beweglichkeit des Kniegelenkes gut war, wurde das Osteosynthesematerial am 2. Februar 2001 im Spital B.____ entfernt. Am 5. Februar 2001 konnte die Beschwerdeführerin nach komplikationslosem Verlauf das Spital wieder verlassen (Bericht vom 5. Februar 2001). Auch nach diesem chirurgischen Eingriff nahmen die Schmerzen nicht ab. Untersuchungen im E.____ im Oktober 2001 ergaben zwar nach wie vor ausgedehnte postoperative Veränderungen nach Osteosynthese. Die Knochenmarksalterationen, die anlässlich einer Untersuchung in dieser Klinik ein halbes Jahr zuvor nachgewiesen worden waren, waren im Oktober 2001 praktisch vollständig regredient, und es fanden sich auch keine Hinweise für eine Nekrose oder eine Insuffizienzfraktur. Die von der Beschwerdeführerin geklagten, belastungsabhängigen Dauerschmerzen konnten nicht erklärt werden (Bericht vom 7. Januar 2002). Eine von Dr. med. F.____, Radiologie und Nuklearmedizin FMH, am 5. April 2002 vorgenommene Skelettszintigraphie zeigte im Wesentlichen einen unverdächtigen Befund nach Femurfraktur. Szintigraphisch ergaben sich keine Hinweise für eine Dystrophie - wie anlässlich einer Untersuchung der Beschwerdeführerin im E.____ am 3. Mai 2001 noch vermutet worden war - und auch keine Anhaltspunkte für einen aktiven Sudeck. Genauso wenig konnte eine Osteomyelitis nachgewiesen werden (Bericht vom 5. April 2002 an Dr. D.____). Eine erneute Skelettszintigraphie vom 10. Juli 2002, diesmal durchgeführt von Dr. G.____, Leitender Arzt der Klinik für orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals H.____, ergab ebenfalls keine Hinweise für einen aktiven Prozess femoral rechts, weder bezüglich eines Infektes (Osteomyelitis) noch einer Dystrophie. Röntgenbilder vom 8. Juli 2002 zeigten zudem eine vollständig konsolidierte Femurfraktur. Dr. G.____ äusserte sich in seinem Bericht vom 22. August 2002 an Dr. D.____ dahin gehend, seines Erachtens zeige die

Beschwerdeführerin in erster Linie ein Narbenproblem im distalen Narbenbereich mit starker Druckschmerzhaftigkeit über dem ehemaligen Loch der dynamischen Schraube. Dr. med. I. ____, Oberärztin des Instituts für Anästhesiologie des J. ____, (J. ____), berichtete in ihrem Schreiben vom 24. Mai 2002 an den E. ____, die chronischen Knieschmerzen rechts der Beschwerdeführerin, vor allem die elektrisierende Empfindung im Bereich der Narbe, liessen an Narbenneurome denken. Da während ihrer Untersuchung das rechte Knie und der rechte Unterschenkel der Beschwerdeführerin kürzer waren als die linken, erachtete Dr. I. ____ zudem eine sympathische Mitbeteiligung als wahrscheinlich. Dr. I. ____ empfahl unter anderem eine stetige Zunahme der körperlichen Alltagsaktivität und eine Neuraltherapie im Bereich der Narbe sowie einen 3:1 Block zur Behandlung der sympathischen Mitkomponente. In ihrem ärztlichen Zwischenbericht an die SUVA vom 20. August 2002 über die seit Mai 2002 monatlich stattgefundenen Beratungen diagnostizierte Dr. I. ____ chronische Knieschmerzen, die vor allem belastungsabhängig persistierten. Die Behandlungsversuche, 3:1 Block, Neuraltherapie, etc., seien gescheitert. Es sei schwierig zu beurteilen, ob im Heilungsverlauf unfallfremde Faktoren mitspielten. Gegenwärtig werde die Beschwerdeführerin mit TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation) behandelt. Die Wiederaufnahme einer Arbeit im Teilzeitpensum sei wichtig.

3.3 Die Angaben der Beschwerdeführerin über ihre Schmerzen sind nicht ohne Widersprüche und können auch nicht mit verschiedenen Untersuchungsbefunden (siehe Urk. 7/52) in Einklang gebracht werden. Im August 2000, sieben Monate nach der Osteosynthese, gab sie gegenüber dem Chirurgen, der sie im Spital B. ____ operiert hatte, an, sie leide immer noch an starken Schmerzen von wechselnder Lokalisation, in Abhängigkeit der Belastung (Bericht vom 29. August 2000 an die SUVA). Dr. C. ____ berichtete am 4. September 2000 der SUVA, nachdem der behandelnde Chirurg die Zustimmung für eine 75%ige und nach zwei Wochen auch 100%ige Arbeitsfähigkeit erteilt habe, sei die Beschwerdeführerin schon anderntags mit ihrem Mann in seine Sprechstunde gekommen und habe angegeben, dies nicht aushalten zu können. Eine Rücksprache mit der Physiotherapeutin habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin kaum behandelt werden könne, da schon die geringste Belastung des Oberschenkels einen Schweissausbruch und vegetative Symptome hervorrufe. Diese heftigen Reaktionen auf Belastungen werden auch noch im Zwischenbericht der Physiotherapeutin vom 22. Januar 2002 beschrieben, jedoch auffallenderweise in keinem der zahlreichen in den Akten der SUVA enthaltenen Arztberichte. Gegenüber dem Kreisarzt der SUVA gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung vom 12. September 2000 an, sie verspüre immer noch Schmerzen im Oberschenkel und auch im Kniegelenk, die regelmässig zunehmen würden, je länger sie stehe und herumgehe. Während dieser Untersuchung war ihr Gang fliegend und hinkfrei, alle Manipulationen am Kniegelenk wurden als etwas schmerzhaft angegeben, medial und lateralseits zeigte sich eine diffuse Palpationsempfindlichkeit, die nicht auf bestimmte anatomische Strukturen begrenzt war. Die Messung der aktiven Kniegelenksfunktionen (Extension/Flexion) ergab keine nennenswerte Differenz zwischen links und rechts, eine auffallende Schonungstrophie lag nicht vor, die Gehbeschleunigung war praktisch seitengleich und der Umfang des rechten Oberschenkels 10 cm oberhalb des Patellaoberrandes war gegenüber dem linken Oberschenkel um lediglich 0,5 cm kleiner. Nach der Entfernung des Osteosynthesematerials im Februar 2001 klagte die Beschwerdeführerin gegenüber dem Kreisarzt der SUVA nach wie vor über Belastungsschmerzen, die regelmässig

nach etwa zwei Stunden Gehen und Stehen auftraten, lokalisiert relativ umschrieben im Bereiche des Kniegelenks lateralseits (Bericht vom 3. April 2001). Am 12. Juli 2001 meldete Dr. C. ___ der SUVA, die Beschwerdeführerin gebe trotz medikamentöser Therapie an, an wahnsinnigen Schmerzen zu leiden, die teilweise stossweise in ihr Bein einschliessen, an zwei Punkten still ständen, und sie könne weder sitzen noch gehen. Anlässlich einer Untersuchung im E. ___ vom 4. Oktober 2001 berichtete die Beschwerdeführerin, die Schmerzen im Bereich der lateralen Narbe sowie am distalen Kniegelenk seien von Dauer, sie verstärkten sich unter Belastung, sei dies bei längerem Stehen oder Gehen, aktuell sei die Gehstrecke auf 15 Minuten limitiert. Beim Barfussgang zeigte die Beschwerdeführerin ein deutliches Schonhinken, wofür sich jedoch keine organische Erklärung finden liess (Bericht vom 27. November 2001 an die SUVA). Bei der Untersuchung des Kreisarztes der SUVA vom 7. Januar 2002, anlässlich welcher die Beschwerdeführerin nach wie vor über Schmerzen im Kniegelenk klagte, zeigte sie hingegen wiederum - wie während der Untersuchung vom 12. September 2000 - einen flüssigen, hinkfreien Barfussgang. Das Knie war absolut reizlos und zeigte keinerlei Dystrophiezeichen, ebenso war die laterale Narbe reizlos, Muskelhernien lagen keine vor. Eine Druckdolenz bestand im distalen Narbenviertel. Die aktive Kniegelenksfunktion war gut, und am Oberschenkel lag im Vergleich zur Untersuchung vom 12. September 2000 keine Muskelatrophie mehr vor (seitengleiche Umfangmasse links und rechts), die Fussbeschielung war nach wie vor symmetrisch. Anlässlich einer Verlaufskontrolle im E. ___ vom 24. Januar 2002, das heisst gute zwei Wochen nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 7. Januar 2002, zeigte die Beschwerdeführerin jedoch wieder ein diskretes Schonhinken rechts. Zwei Monate später, am 27. März 2002, war während einer erneuten Untersuchung durch den Kreisarzt der SUVA der Barfussgang der Beschwerdeführerin erneut flüssig und hinkfrei. Sie gab an, ihre Situation sei immer noch gleich. Auch wenn sie sitze, habe sie Schmerzen, 500 m bis 1 km könne sie spazieren, dann müsse sie absitzen. Die medizinischen Befunde waren in etwa gleich wie anlässlich der Untersuchung vom 7. Januar 2002. Das Einnehmen der hockenden Position und der Einbeinstand waren möglich, das rechte Kniegelenk war reizlos und völlig ergussfrei, die Narbenverhältnisse waren unauffällig. Die aktive Kniegelenksfunktion war nach wie vor ausgezeichnet, das Flexionsdefizit rechts betrug 10°, die Fussbeschielung war wiederum seitengleich, und auch die Muskulatur an Ober- und Unterschenkel zeigte keine nennenswerte Differenz. Gegenüber Dr. I. ___ des Instituts für Anästhesiologie des J. ___ machte die Beschwerdeführerin geltend, ihre Schmerzen nähmen bei einer Gehstrecke von über 200 m deutlich zu, eine Zunahme ergebe sich ebenfalls im Stehen, Sitzen und bei Wetterwechsel, und der Nachtschlaf sei schmerzbedingt stark gestört (Bericht vom 24. Mai 2002 an den E. ___). Über Nachtschmerzigkeit beklagte sich die Beschwerdeführerin auch gegenüber Dr. G. ___ der Klinik für orthopädische Chirurgie am Kantonsspital H. ___, gab ihm gegenüber jedoch an, die Gehfähigkeit sei nicht eingeschränkt (Bericht vom 22. August 2002 an Dr. D. ___). Berichtete Dr. I. ___ im Mai 2002 noch von einem elektrisierenden Schmerz, der durch Druck im Bereich der Narbe habe ausgelöst werden können, erwähnte Dr. G. ___ im August 2002 kein solches Phänomen mehr. Auch während der Untersuchung durch den Kreisarzt der SUVA vom 15. November 2002 konnten keine elektrisierenden Schmerzen ausgelöst werden. Die Beschwerdeführerin berichtete anlässlich dieser Untersuchung, sie habe immer mehr Schmerzen, bei Belastung intensivierten sich diese, sie könne noch etwa 300 m umhergehen. Auch in der Nacht habe sie einen ziehenden

Schmerz vom Knie bis in den Hüftbereich. Nach wie vor bestand ein flüssiger, hinkfreier Barfußgang, gegenüber den Befunden vom 27. März 2002 ergaben sich keine Abweichungen. Die Fussbeschwellung war erneut seitengleich.

3.4. Es fällt in erster Linie auf, dass die Angaben der Beschwerdeführerin über die Lokalisation (Knie, Oberschenkel, Hüftbereich) und die Intensität der Schmerzen variieren. Beschrieb sie diese anfänglich als grundsätzlich belastungsabhängig, berichtete sie später über Dauer- und Nachtschmerzen. Auch die Beschreibung der ihr subjektiv noch möglichen Gehstrecken ergeben kein stimmiges Bild. Nachdem die Beschwerdeführerin zum Beispiel im Februar 2001, nach der Entfernung des Osteosynthesematerials, noch erwähnt hatte, die Belastungsschmerzen traten regelmässig nach etwa zwei Stunden Gehen auf, machte sie im Juli 2001 geltend, sie könne wegen der Schmerzen weder sitzen noch gehen. Im Oktober 2001 erachtete sie dann eine Gehstrecke von 500 m bis 1 km als möglich, obwohl sie ihre Situation als immer noch gleich einschätzte. Im August 2002 gab sie gegenüber Dr. G. an, die Gehfähigkeit sei nicht eingeschränkt, um knappe drei Monate später, im November 2002 gegenüber dem Kreisarzt der SUVA zu berichten, sie könne noch etwa 300 m umhergehen. Diese Angaben sind nicht nur unstimmt und nicht sehr überzeugend. Sie lassen sich auch nicht mit der Tatsache vereinbaren, dass während sämtlicher Untersuchungen durch den Kreisarzt der SUVA ein flüssiger, hinkfreier Barfußgang möglich war - dies im Gegensatz zu den Untersuchungen im E. -, die Fussbeschwellung sich jeweils symmetrisch präsentierte und auch die Muskulatur des rechten Beines im Vergleich zu jener des linken keine Schonungsatrophie aufwies. Schmerzen von der Intensität, wie sie die Beschwerdeführerin beschreibt, führen im Normalfall dazu, dass die betroffene Person unwillkürlich durch eine entsprechende Körperhaltung das betroffene Bein zu entlasten sucht, und eine solche Entlastung zeigt sowohl bei der Beschwellung als auch in der Muskulatur Wirkung. Eine solche ist bei der Beschwerdeführerin jedoch auf Grund der medizinischen Akten (Urk. 7/52) nicht ersichtlich.

3.5. In Würdigung der zahlreichen medizinischen Berichte und Beurteilungen ist somit festzuhalten, dass sämtliche Untersuchungen keine körperliche Ursache für die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen ergeben haben. Auch der Verdacht, Narbenneurome könnten für die Beschwerden verantwortlich sein, hat sich im Laufe der Behandlung am Institut für Anästhesiologie des J. nicht erhärtet. Dr. I. erwähnt denn auch in ihrem Zwischenbericht vom 20. August 2002 an die SUVA diese (Verdachts-)Diagnose mit keinem Wort mehr, sondern spricht lediglich von vor allem belastungsabhängigen chronischen Knieschmerzen, die sich offensichtlich nicht behandeln liessen (Urk. 7/52). Ergänzend sei noch erwähnt, dass auch die Eingriffe von Dr. med. K., Spezialarzt für Chirurgie FMH, welcher am 9. Januar 2003 bei der Beschwerdeführerin im Auftrag von Dr. D. eine Arthroskopie und eine Knochenbiopsie vorgenommen hatte, keinen organischen Befund für die Schmerzen der Beschwerdeführerin ergeben haben (Urk. 7/22-24).

4. Gestützt auf die Akten der SUVA (Urk. 7/52), insbesondere auf den Bericht des Kreisarztes Dr. med. L. vom 27. März 2002, welcher die Beschwerdeführerin nach seiner Untersuchung gleichen Datums ab 1. April 2002 zu 75 % arbeitsfähig geschrieben hatte, und die Verfügung vom 26. November 2002, womit der Beschwerdeführerin von der SUVA eröffnet worden war, dass sie ab 1. April 2002

keinen Anspruch auf Taggelder mehr habe, erachtete die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin ab 1. April 2002 ebenfalls als 75 % arbeitsfähig (siehe Urk. 7/11). In Anbetracht der Tatsache, dass keine der erwähnten Ärztinnen und Ärzte eine organische Ursache für die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen ermitteln konnte, auch ihre Hausärztin nicht, ist im Grundsatz nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ebenfalls davon ausgegangen ist, die Beschwerdeführerin sei aus körperlichen Gründen ab 1. April 2002 wieder zu 75 % arbeitsfähig. Was die Beschwerdegegnerin jedoch nicht beachtet hat, ist die Vorschrift von Art. 88a Abs. 1 IVV (in der bis 28. Februar 2004 gültig gewesenen Fassung), wonach bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen ist, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Im Falle der Beschwerdeführerin bedeutet dies, dass ihr Anspruch auf eine halbe Invalidenrente grundsätzlich bis 30. Juni 2002 dauert und die Rente demnach nicht schon per 1. April 2002 aufgehoben werden kann.

5. Â Â Â Â Â Â

5.1 Â Â Â Â Die Beschwerdeführerin lässt unter anderem vorbringen, auch wenn ihre Hausärztin Dr. D. ___ dies auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur eher verneine, sei eine psychische Überlagerung möglich. Bis heute sei es unterlassen worden, eine umfassende Begutachtung vorzunehmen, die sich auch mit den psychosomatischen Auswirkungen des Unfallereignisses befasse, respektive dazu Stellung nehme, ob solche psychosomatischen Überlagerungen bestehen könnten (Urk. 1 S. 3 f.).

5.2 Â Â Â Â Sofern die Beschwerdeführerin beantragt, sie sei umfassend, also auch körperlich abzuklären, ist diesem Begehren nicht statt zu geben. Wie in Erw. 3 ausführlich dargelegt worden ist, ist die Beschwerdeführerin seit ihrem Unfall vom 22. Januar 2000 mehrfach und von Ärztinnen und Ärzten verschiedenster Fachrichtungen gründlich untersucht worden, ohne dass sich eine organische Ursache für ihre Schmerzen finden liess. Eine weitere Begutachtung zur Frage, ob die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen körperlichen Ursprungs seien, erbringt sich daher.

Â Â Â Â Â Â Â Â Obwohl keine Ärztin und kein Arzt ausdrücklich eine psychische Störung mit Krankheitswert erhoben hat, ist nicht zu übersehen, dass sich in den Akten Hinweise auf eine mögliche psychische Überlagerung finden. Im Bericht des Kreisarztes der SUVA vom 7. Januar 2002 wird festgehalten, möglicherweise bestehe bei der Beschwerdeführerin eine Schmerzverarbeitungsproblematik (Urk. 7/52), in jenem vom 24. Januar 2002 des E. ___ ist ebenfalls von einer chronifizierten Schmerzsymptomatik die Rede (Urk. 7/52). Dr. I. ___ erwähnt in ihrem Bericht vom 24. Mai 2002 an den E. ___, die Kündigung des Arbeitgebers - welche auf Ende Januar 2002 erfolgte - und mögliche zukünftige Versicherungsstreitigkeiten könnten die Schmerzen weiter chronifizieren (Urk. 7/52). Dr. D. ___ listet in ihrem Schreiben vom 28. September 2002 an die SUVA als Medikament unter anderem Antidepressiva auf (Urk. 7/21), und Dr. K. ___ vertritt in seinem Bericht vom 18. März 2003 (Urk. 7/24) die Meinung, es sei eine Chronifizierung der Schmerzen eingetreten. Ob allerdings eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung mit Krankheitswert und mit Einfluss auf die Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit der

Beschwerdeführerin vorliegt, lässt sich auf Grund der Akten weder bejahen noch verneinen. Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag gibt. Die Gutachterin oder der Gutachter soll in Auseinandersetzung mit den Vorakten, insbesondere auch den Akten der SUVA (Urk. 7/52), einen klaren Befund erheben sowie eine klare Diagnose stellen und sich darüber aussprechen, ob bei der Beschwerdeführerin eine psychische Störung mit Krankheitswert vorliegt und ob sich diese gegebenenfalls und seit wann und in welchem Ausmass auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Hilfsarbeiterin auswirkt. Nach dieser Aktenergänzung hat die Beschwerdegegnerin zu entscheiden, ob der Beschwerdeführerin auch nach dem 30. Juni 2002 noch eine Invalidenrente zusteht.

6. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfolgung als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und dem Schwierigkeitsgrad des Prozesses bemessen. Vorliegend erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) als angemessen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. August 2003 aufgehoben und festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin bis 30. Juni 2002 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. Im Übrigen wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen entscheide, ob der Beschwerdeführerin auch ab 1. Juli 2002 eine Invalidenrente zusteht.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Andreas Burren
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung
- Providentia

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters

zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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