

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00874 vom 14. Juli 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-07-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00874

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00874 du 14 juillet 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00874 del 14 luglio 2006

Erwägungen

E. 2

/

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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 ATSG).

E. 2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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 soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66

E. 3

3.1 Streitig und zu präzisieren ist der Anspruch auf eine Invalidenrente, insbesondere die Frage der zumutbarerweise verwertbaren Restarbeitsfähigkeit. Insoweit mit der Beschwerde darüber hinaus gehende Leistungen beansprucht werden, ist darauf hinzuweisen, dass Gegenstand sowohl der Verfügung vom 28. April 2005 (Urk. 8/19) als auch des angefochtenen Einspracheentscheides (Urk. 2) ausschliesslich der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente war.

3.2. Die IV-Stelle stützte sich bei ihrer Entscheidung auf das MEDAS-Gutachten vom 21. März 2005 (Urk. 2, Urk. 8/9-10). Diesem ist zu entnehmen, dass aus somatischer Sicht nur geringe fassbare pathologische Befunde im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule vorliegen, welche die vom Versicherten geklagte Schmerzsituation nicht zu erklären vermögen. Die MEDAS-Gutachter diagnostizierten deshalb eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Code F45.4 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10) bei Status nach traumatischem Treppensturz im Januar 2001 mit Kontusion von Schädel, Hals- und Lendenwirbelsäule sowie der Metakarpophalangealgelenke I (MCP) rechts. Zudem hielten sie als weitere psychiatrische Diagnose Zwangshandlungen (Code F42.1 der ICD-10) fest. Aus somatischer Sicht erachteten sie den Versicherten für leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten als voll arbeitsfähig. Die psychischen Störungen würden eine Einbusse von 20 % in der Leistungsfähigkeit bewirken (Urk. 8/18 S. 8 f., S. 11 u. S. 13 ff.).

3.3. Der Versicherte bestreitet unter Hinweis auf Berichte von Dr. R. ____, des Z. ____, und der W. ____, die Beweistauglichkeit des MEDAS-Gutachtens in psychiatrischer Hinsicht. In somatischer Hinsicht scheint er das MEDAS-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen, zumal er keine konkreten Beanstandungen anbringt (Urk. 1). Diesbezüglich kann denn auch voll und ganz auf die Beurteilung der MEDAS-Ärzte abgestellt werden. Es bestehen keine Anhaltspunkte, welche diese als falsch erscheinen lassen würden. Dies umso weniger, als das N. ____ im Bericht vom 19. April 2002 (Urk. 8/25) und die M. ____ im Bericht vom 30. April 2002 (Urk. 8/24) insofern die gleiche Einschätzung abgaben, als sie dem Versicherten in somatischer Hinsicht ab 6. Juli beziehungsweise ab 13. November 2001 für leichte beziehungsweise leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit attestierten. Daran ändern auch die Berichte von Dr. R. ____ nichts. Dr. R. ____ erachtet den Versicherten seit dem Unfall vom 3. Januar 2001 als arbeitsunfähig und misst - nebst psychiatrischen Diagnosen - dem rechtsseitigen lumbospondylogenen Syndrom eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (vgl. Urk. 8/20 u. Urk. 8/22). Inwiefern sich dieses Syndrom nach seinem Dauerhalten auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, bleibt unklar, da er in den Berichten eine Gesamtwürdigung der Arbeitsfähigkeit vornimmt (Urk. 8/20). Hingegen ist aus seinen Ausführungen ersichtlich, dass er primär die psychischen Gesundheitsschäden als massgebend erachtet (Urk. 8/19, Urk. 8/20, Urk. 8/22).

3.4. Der psychiatrische MEDAS-Teilgutachter, dessen Einschätzung von den MEDAS-Gesamtgutachtern übernommen wurde, schloss aufgrund des Umstandes, dass das Ausmass der vom Versicherten geklagten Beschwerden durch die somatischen Untersuchungsbefunde nicht objektiviert werden konnte, auf eine somatoforme Schmerzstörung (Code F 45.4 der ICD-10). Er führte aus, beim Versicherten sei es zu einer psychischen Verlagerung der durch den Treppensturz vom 3. Januar 2001 verursachten Beschwerden gekommen. Mögliche Hintergründe hierfür seien die Emigration und die schwierige berufliche Situation. Die aufgrund der Schmerzfixierung und der passiv-resignativen Haltung sich ergebenden sekundären Schwierigkeiten (finanzielle Probleme, Auseinandersetzung mit den Sozialbehörden, Zunahme der ehelichen Spannungen) hätten zu einem gewissen sozialen Rückzug und einer vermehrten Beschäftigung mit sich selbst geführt. Im Übrigen qualifizierte er die vom Versicherten geschilderten Wasch- und Reinigungszwänge als Zwangshandlungen im Sinne von Code F42.1 der ICD-10 und wies auf die günstige Prognose bei einer

Behandlung mit Antidepressiva hin (Urk. 8/18 S. 11 ff.).

Dem psychiatrischen MEDAS-Teilgutachter war der Bericht vom 22. Januar 2005 von Dr. R.____, der den Versicherten nach einem Unterbruch seit Oktober 2003 betreut und über eine psychiatrische Zusatzausbildung verfügt (Urk. 8/18 S. 3 und 9), bekannt. Darin stellte Dr. R.____ die psychiatrische Diagnose eines chronischen posttraumatischen Belastungssyndroms mit Depression, Somatisierungsstörung und aggressiven Impulsen noch unbekannter Dignität. Diese Diagnose würde die Symptome (insbes. Misstrauen gegenüber Ärzten, aggressive Impulse, Alpträume, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Halbseitensyndrom, Schwindel, Äbelkeit, massives Stimmungstief, Antriebshemmung, Gedächtnisstörungen, Zwänge und mangelnde Zukunftshoffnung) ohne Weiteres erklären. Die entsprechenden Informationen seien schwierig zu erhalten gewesen, der Versicherte sei jeweils einem hyperventilatorischen Kollaps oder aggressiven Ausbrüchen nahe gestanden, habe häufig unterbrechen müssen und habe Hilfe benötigt, um die Erinnerung wach zu halten. Der Versicherte habe drei Stellungsbefehle der serbischen Armee nicht befolgt, weshalb er festgenommen und mit Psychopharmaka kampfwillig gemacht worden sei. Im Rausch habe er auf Bosnier geschossen, die er an und für sich nicht als Feinde betrachtet habe. Ein äusserst schlimmes Erlebnis sei der Tod eines Kameraden gewesen, der neben ihm erschossen worden sei. Seither habe er einen unbändigen Hass auf Ärzte, vor allem auf Psychiater. Nach der Desertion und Einreise in die Schweiz habe sich der Versicherte auffangen können. Nach zwei bis drei Jahren habe er den Krieg weitgehend vergessen können. Am 3. Januar 2001 sei dann der verhängnisvolle Sturz mit der anschliessend notwendigen ärztlichen Abklärung und Behandlung erfolgt, was das ganze Kriegserlebnis wieder aktiviert und zu den geschilderten Symptomen geführt habe (Urk. 8/19).

Der psychiatrische MEDAS-Teilgutachter verwarf indes die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Dies mit der Begründung, die Kriegserfahrungen und die Behandlung mit Medikamenten gegen den eigenen Willen seien für den Versicherten sicherlich traumatisch gewesen. Allerdings würden die Ereignisse 15 Jahre zurückliegen. Der Versicherte sei alsdann ohne Schwierigkeiten in der Lage gewesen, während zwei Jahren als Chef de Service zu arbeiten, habe bis zum Unfall viel Sport betrieben und rege soziale Kontakte gepflegt. Aufgrund der langen Latenzzeit von elf Jahren, wobei eine solche gemäss klinischer Erfahrung und Literatur selten mehr als sechs Monate betrage, und der Tatsache, dass während Jahren keine wesentlichen Probleme bestanden hätten, liege keine posttraumatische Belastungsstörung vor. Vielmehr seien die Symptome (chronische Verstimmtheit, Gereiztheit, die zum Teil aggressiven Durchbrüche, Verlust sexuellen Interesses) im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung zu sehen. Eine eigentliche Depression liege nicht vor. Doch sei es als Folge der somatoformen Schmerzstörung zu einem sozialen Rückzug und einer vermehrten Beschäftigung mit sich selbst gekommen. Dabei seien dem Versicherten die unliebsamen Kriegserfahrungen wieder vermehrt bewusst geworden und in der Folge habe er in ihnen die Ursache für die jetzige schwierige soziale und wirtschaftliche Situation gesehen. Der regressive Rückzug fördere sodann seinerseits die Fixierung auf das Schmerzerleben und die Opferrolle. Im übrigen seien die geklagten Gedächtnisstörungen nicht objektivierbar, zumal der Versicherte bei genauem Nachfragen sich präzise an die Ereignisse zu erinnern vermöge. Es scheine sich dabei um eine Verdrängungsleistung zu handeln (Urk. 8/18 S. 12 f.).

E. 4

Demgegenüber teilen die Z.____ und die W.____ die Meinung von Dr. R.____. Sie sehen die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (Code F43.1 der ICD-10), einer depressiven Störung (mittelgradige bis schwere depressive Episode, Code F32.1 der ICD-10) sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Code F45.4 der ICD-10) als erfüllt (Berichte vom 1. Juli 2005 und 23. Februar 2006, Urk. 11/2, Urk. 15). Im Bericht der W.____ vom 23. Februar 2006 wird unter Berufung auf einen Aufsatz von Prof. Dr. med. Bessel A. van der Kolk, Leiter des HRI Trauma Center und Professor für Psychiatrie an der Harvard Medical School, Brookline, USA, (www.traumatherapie.de: Psychische Folgen traumatischer Erlebnisse) und auf nicht näher zitierte, aktuelle Literatur zur posttraumatischen Belastungsstörung bei Flüchtlingen, Kriegs- und Folteropfern ausgeführt, dass die Symptome dieser Diagnose oft verzögert auftreten würden, und zwar weit später als nach den üblichen sechs Monaten. Die W.____ sieht alsdann im Umstand, dass sich der Versicherte in der Schweiz gut integrierte und die erlebte Traumatisierung über Jahre zu kompensieren vermochte, kein Argument gegen das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung, da oft eine Vulnerabilität entwickelt werde, die erst nach vielen Jahren bei erneuter Belastung im neuen Aufenthaltsland zur psychischen Dekompensation führe (Urk. 15). Zwar äussert sich die Z.____ in den Berichten vom 29. Juni und 1. Juli 2005 nicht explizit zur Latenzzeit und vorübergehenden Kompensation, doch teilt sie die Meinung der W.____ offenbar, da ihr die Anamnese bekannt ist und sie die einzelnen Kriterien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bejaht (Urk. 11/1-2).

E. 5

Unbestritten ist das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Zur Frage der Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung divergiert die Einschätzung der MEDAS-Gutachter von allen anderen fachärztlichen Beurteilungen indessen derart, dass in psychischer Hinsicht nicht ohne Weiteres auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden darf. Dies umso weniger, als die Z.____ auf dem Gebiet der Folter- und Kriegsopferproblematik über eine spezielle Erfahrung verfügt. Zwar ist invalidenversicherungsrechtlich nicht die Diagnosestellung entscheidend, sondern vielmehr in welchem Mass eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ausgewiesen ist (BGE 127 V 298 Erw. 4c mit Hinweisen). Doch prüften die MEDAS-Gutachter die Arbeitsfähigkeit - konsequenterweise - hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt der zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung des Schmerzsyndroms im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung (Urk. 8/18 S. 13 u. S. 15), während sich die Z.____ und die W.____ zwar nicht zur verwertbaren Restarbeitsfähigkeit äusserten - weshalb ihre Berichte auch nicht eine rechtsgenügende Entscheidungsgrundlage bilden können -, indes eine weitgehende Herabsetzung des allgemeinen Funktionsniveaus als Folge der von ihnen gestellten Diagnosen festhielten (Urk. 11/2, Urk. 15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mangels Schlüssigkeit der Aktenlage drängt sich eine ergänzende Abklärung auf. Zu diesem Zweck ist die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass der Bericht der U.____ vom 4. März 2004 (Urk. 8/21), worauf sich die IV-Stelle im Einspracheentscheid vom 15. Juni 2005 ergänzend stützte (vgl. Urk. 2), zum Beweis nicht geeignet ist, zumal den behandelnden Ärzten die durch den Krieg ausgelöste Traumatisierung, wie sie im Bericht von Dr. R.____ vom 22. Januar 2005 geschildert ist, nicht bekannt war und sie für eine Angabe

weiterer psychischer Störungen als der von ihr festgehaltenen somatoformen Schmerzstörung weitere Abklärungen als notwendig erachteten (Urk. 8/21).

6. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen). Die Prozessentscheidung ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentscheidung von Fr. 2'100.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 15. Juni 2005 aufgehoben und die Sache an die Invalidenversicherung des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfähre.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentscheidung von Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Stephanie Rippmann
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

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.