

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00371 vom 7. Juni 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-06-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.00371](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00371)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00371 du 7 juin 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00371 del 7 giugno 2007

## Erwägungen

### 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). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

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).

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

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

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

2.1 Dr. J. berichtet am 8. Oktober 2005 (Urk. 6/9/1-4) über chronische Schmerzen in der linken Körperhälfte bei/m Status nach linksseitiger Wirbelsäulendistorsion bei Autounfall und einen Verdacht auf traumatische Verarbeitungsstörung und Angststörung sowie chronische Schmerzen im rechten Hemiabdomen bei Status nach Hysterektomie bei Endometriumkarzinom. Die Beschwerdeführerin habe am 26. Juni 2003 einen Autounfall am Flughafen erlitten, bei dem sie mit der linken Körperhälfte gegen die Seitentür geprallt sei. Vom 28. Juni 2003 bis und mit 20. Juli 2003 habe er ihr unfallbedingt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Sie habe sich dann zirka nach einem Jahr wieder mit Angaben von Schmerzen praktisch an der ganzen Körperhälfte links gemeldet. Da er die Beschwerdeführerin seit einem Jahr nicht mehr gesehen hatte, konnte er sich über den aktuellen Gesundheitszustand nicht äussern.

2.2 Laut Bericht der Ärzte der Medizinischen Klinik H. vom 6. Oktober 2004 (Urk. 6/7/13-15) leidet die Beschwerdeführerin an chronischen Schmerzen der linken Körperhälfte bei linksseitiger Gesichtasymmetrie (differentialdiagnostisch: Schonhaltung), einem Status nach linksseitiger Wirbelsäulendistorsion bei Autounfall und traumatischer Verarbeitungs- sowie Angststörung, an chronischen Schmerzen im rechten Hemiabdomen bei mehreren blanden Ultraschallen und einem Status nach Hysterektomie bei Endometriumkarzinom. Bei Eintritt sei sie in einem guten Allgemeinzustand gewesen, klinisch seien eine Mundastschwäche links und ein leichter Strabismus des rechten Auges aufgefallen. Ein Schädel-CT sei zum Ausschluss einer zerebralen Pathologie durchgeführt worden und habe keine Auffälligkeiten gezeigt. Das Labor sei bis auf eine leichte Anämie bland. Während der Hospitalisation sei die Schmerzmedikation abgesetzt worden, und es sei mit der Beschwerdeführerin besprochen worden, dass bei Angstzuständen wegen der Schmerzanfälle mit einer psychiatrischen Therapie gute Besserungsmöglichkeiten beständen. Physiotherapie habe wenig geholfen.

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

Im ambulanten Kurzbericht der Medizinischen Klinik H. vom 1. Dezember 2004 (Urk. 6/7/11-12) wurde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin bei synkopalem Ereignis nach der Physiotherapie zugewiesen worden sei. Sie habe berichtet, es sei ihr schwarz vor den Augen geworden und sie habe das Bewusstsein verloren. Der

Kreislauf sei immer stabil gewesen. Die Beschwerdeführerin gebe an, zirka zwei- bis dreimal pro Woche zu synkopieren. Dies trete jeweils auf, wenn sie schnelle, aufrichtende Bewegungen mache.

2.3. Die Ärzte der Neurologischen Klinik F. \_\_\_ diagnostizierten im Kurzbericht über die Notfalluntersuchung vom 18. Januar 2005 (Urk. 6/7/9-10) rezidivierende Bewusstseinsverluste, am ehesten vasovagale Synkopen, ohne Hinweise auf eine epileptische Ätiologie, ein chronisches Schmerzsyndrom der gesamten linken Körperhälfte bei Status nach linksseitiger Wirbelsäulendistorsion und traumatischer Verarbeitungsstörung, Angststörung und depressiver Entwicklung sowie ein chronisches Schmerzsyndrom des rechten Hemiabdomens bei einem Status nach mehreren Ultraschalluntersuchungen und einem Status nach Hysterektomie bei Endometriumkarzinom. Bei den von der Beschwerdeführerin und deren Tochter beschriebenen Episoden von Bewusstseinsverlust handle es sich am ehesten um vasovagale Synkopen. Anamnestisch wie auch klinisch fanden sich keine Hinweise für eine epileptische Ätiologie. Seitens der angegebenen Sensibilitätsstörung auf der gesamten linken Körperhälfte könne aktuell klinisch kein objektivierbares Korrelat gefunden werden (Vibrationssinn seitengleich, Lagesinn links systematisch falsche Angaben), welches auf eine organische Genese hinweise. Auch die zum Teil bemerkbare Okulomotorik-Störung sei nicht reproduzierbar und funktioneller Natur. Die Arbeitsunfähigkeit betrage vorerst 100 %.

2.4. Im Austrittsbericht des I. \_\_\_ vom 13. April 2005 (Urk. 6/7/16-20) wurde ein Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (F43.1, differentialdiagnostisch: eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, F32.3) und rezidivierende kurzzeitige Bewusstseinsverluste (differentialdiagnostisch: dissoziativ [posttraumatische Belastungsstörung, affektive Störung], organisch [epileptogen]) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin sei auf eine offene Akutstation aufgenommen worden. In der Exploration habe sie angegeben, unter aufdringenden Erinnerungen an den Unfall, im Sinne von Flash-backs, zu leiden, sie habe vegetative Übererregbarkeit mit Anfällen von Angst und Panik und Vigilanzsteigerung gezeigt und habe alles im Zusammenhang mit den erlebten Traumata vermieden. Sie sei in ihrer Grundstimmung bedrückt, niedergeschlagen und affektarm. Der Nachtschlaf sei durch Ein- und Durchschlafprobleme und nächtliche Alpträume geprägt. Die Symptomatik habe im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung interpretiert werden können. Bei anamnestisch angegebenen psychotischen Symptomen wie Stimmenhören und Sehen von Toten im Zusammenhang mit Flash-backs bezüglich des Arbeitsunfalles sei eine Medikation mit Risperdal begonnen worden. Darunter sei es zur leichten Abnahme der psychotischen Symptome gekommen. Die antidepressive Medikation mit Fluoxetin sei weitergeführt worden. Während der Hospitalisation sei es wiederholt zu Episoden mit Bewusstseinsverminderung, Schwindel, Urinabgang und nachfolgender Spastizität der linken Körperhälfte gekommen. Ein veranlasstes Schädel-MRI habe keine pathologischen Veränderungen gezeigt. Ein EEG sei normal ausgefallen, wobei damit ein epileptisches Geschehen nicht ausgeschlossen sei. Differentialdiagnostisch sei auch ein dissoziatives Geschehen in Betracht zu ziehen.

2.5. Dr. C. \_\_\_ berichtete am 9. Juni 2005 (Urk. 6/7/6-7), die Beschwerdeführerin leide unter psychogenen Anfällen, wobei elektroencephalographisch und klinisch keine Hinweise für ein epileptisches Geschehen

vorläufigen. Aufgrund eines beobachteten Anfalles sowie des durchwegs normalen EEG nach Schlafentzug und auch normalem EEG nach diesem Anfall könne die Diagnose eines psychogenen Anfalls gestellt werden. Es bestehe weder klinisch noch epileptologisch ein Hinweis für eine Epilepsie. Die Weiterführung der anxiolytisch-depressiven Therapie sowie auch einer Gesprächstherapie sei sicher sinnvoll.

2.6 Laut Arztbericht von Dr. B. \_\_\_ vom 29. August 2005 (Urk. 6/7/1-5) leidet die Beschwerdeführerin an einer posttraumatischen Belastungsstörung (differentialdiagnostisch: schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen), an psychogenen Anfällen (im EEG und klinisch ohne AP für Epilepsie) sowie einem Status nach Hysterektomie/Adnexektomie bei Endometrium-Karzinom. Die Beschwerdeführerin stürze zirka zwei- bis dreimal pro Woche und bleibe dann fünf bis fünfzehn Minuten liegen, zum Teil auch mit Urinabgang. Ausserdem klage sie seit dem Unfall über chronische Schmerzen an der ganzen linken Körperhälfte. Analgetika, NSAR usw. würden kaum helfen. Zusätzlich klage die Beschwerdeführerin über Schmerzen im rechten Hemiabdomen. Diese Klagen seien jedoch in letzter Zeit weniger häufig geworden. Bisher seien mehrere Ultraschalluntersuchungen des Abdomens durchgeführt worden, wobei alle unauffällig ausgefallen seien. Die Untersuchung ergebe kein klinisches Korrelat für die linksseitigen Schmerzen vom Scheitel bis zur Fusssohle. Der neurologische Untersuchung in der Neurologischen Klinik F. \_\_\_ sei abgesehen von Hyposensibilität der Haut auf der linken Körperhälfte unauffällig.

2.7 Im Bericht der Psychiatrischen Poliklinik F. \_\_\_ vom 25. Oktober 2005 (Urk. 6/11) wurde ein Verdacht auf rezidivierende psychogene Synkopen (ICD-10 F48.8) und dissoziative Empfindungsstörung (ICD-10 F44.6) sowie eine sonstige depressive Episode (ICD-10 F32.8) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin habe zu Beginn des Gesprächs ausgeglichen, gefasst und selbstbewusst gewirkt. Sie sei wach, bei klarem Bewusstsein und allseits orientiert. Auffassung, Konzentration und mnestiche Funktionen seien intakt. Im formalen Denken sei sie geordnet. Es beständen keine Anzeichen für Wahn oder Ich-Störungen. Sie gebe Empfindungen wie Strom in der gesamten linken Körperhälfte und Kribbeln am Kopf sowie das Hören von aussen kommenden Stimmen, die sie riefen, oder der Hausglocke an. Affektiv zeige die Beschwerdeführerin einen ausgeprägten emotionalen Ausdruck mit gewisser Labilität und Klagsamkeit. Bei der Frage nach Erinnerung an den Unfall beginne sie zu hyperventilieren. Sie weine zwischendurch und schildere Insuffizienzgefühl in ihrer Rolle als Mutter und Frau seit Beginn ihrer Krankheit. Der Antrieb sei normal, es liege keine Suizidalität vor. Die Indikation für eine traumaspezifische Behandlung scheine nicht gegeben. Am sinnvollsten sei ein kulturadaptiertes psychotherapeutisches Vorgehen, welches das Ziel habe, die Betroffene vermehrt aus dem Schonverhalten herauszuführen und die Eigeninitiative zu fördern. Um die Beschwerdeführerin in ihrer Überzeugung, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden, nicht weiter zu unterstützen, sollten weitere somatische Abklärungsschritte nur nach guter Prüfung der Indikation veranlasst werden.

Die Beschwerdeführerin sei im Zeitpunkt der Untersuchung medizinisch-theoretisch zu 100 % arbeitsfähig gewesen.

2.8 Dr. M. \_\_\_ diagnostizierte am 11. Juli 2006 (Urk. 9) schwere dissoziative Zustände mit dem Verdacht auf eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung.

Momentan sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig.

### E. 3

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- R.\_\_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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