

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00412 vom 4. September 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-09-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00412

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00412 du 4 septembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00412 del 4 settembre 2007

Erwägungen

E. 2

/

E. 3

3.1. Im Folgenden ist vorerst die medizinisch beurteilte Arbeitsfähigkeit als Faktor der Invaliditätsbemessung zu prüfen.

3.2. Die Ärzte des Spitals D., Z., diagnostizierten mit Bericht vom 29. Mai 2002 eine Distorsion der HWS bei Auffahrunfall am 29. Mai 2002. Auf das von der Beschwerdeführerin gelenkte Fahrzeug sei ein weiteres Fahrzeug aufgefahren. Dabei habe die angegurte Beschwerdeführerin ihren Kopf an der Nackenstütze angestossen und habe anschliessend unter einem leichten Schwindel sowie unter etwas Kopfschmerzen gelitten. Eine Bewusstlosigkeit, Doppelbilder oder Erbrechen seien nicht aufgetreten (Urk. 9/22/102).

3.3. Mit Bericht vom 12. Juni 2002 stellten die Ärzte des Spitals D. Schmerzen im Bereich der HWS bei normaler Beweglichkeit der HWS und fehlenden Anhaltspunkten für eine frische ossäre Läsion fest. Ab 29. Mai 2002 habe ungefähr eine Woche eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 9/22/103).

3.4. Dr. med. E., FMH für Allgemeine Medizin, erwähnte in ihrem Bericht vom 24. Juni 2002, dass sie nach dem Unfall vom 29. Mai 2002 erstmals am 3. Juni 2002 von der Beschwerdeführerin konsultiert worden sei. Die Beschwerdeführerin leide unter persistierenden Kopfschmerzen, Schwindel, Zittern, Übelkeit und Erbrechen. Vor zehn Tagen sei eine medikamentöse antidepressive Behandlung der schon vor dem Unfall subdepressiven Beschwerdeführerin begonnen worden (Urk. 9/22/96).

3.5. In seinem Bericht vom 2. August 2002 erwähnte Dr. med. F., Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, dass die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall vom 29. Mai 2002 unter Kopf- und Nackenschmerzen gelitten habe. Gleichentags seien auch Schwindel und Erbrechen aufgetreten. Die Beweglichkeit der HWS sei eingeschränkt (Urk. 9/22/93).

3.6. Die Ärzte der Rheumaklinik und Institut für Physikalische Therapie des Spitals G. (nachfolgend: G.) erwähnten im Hospitalisationsbericht vom 19. August 2002, dass die Beschwerdeführerin vom 6. bis 16. August 2002 im Spital G. stationär behandelt worden sei und stellten die folgenden Diagnosen (Urk. 9/22/75):

■ chronisches zervikospondylogenes Syndrom bei Status nach HWS-Distorsions-Trauma am 29. Mai 2002

■ Fehlhaltung der HWS und muskuläre Dysbalance

■ Neuropsychologische kognitive Leistungseinbusse im Rahmen eines Schmerzsyndroms

■ mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom

■ chronische posteriore Blepharitis

Nach Durchführung einer Physiotherapie sei es zu einer Besserung der Beschwerden gekommen. Die konsiliarische beigezogene Psychiaterin habe eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei typischem Beschwerdekomples nach Schleudertrauma der HWS festgestellt und eine medikamentöse Behandlung mit einem trizyklischen Antidepressivum sowie eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung empfohlen (Urk. 9/22/78). Bis 31. August 2002 bestehe vorläufig eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Danach sei die Arbeitsfähigkeit erneut zu prüfen (Urk. 9/22/76).

3.7 Im Überweisungsschreiben an die Rehaklinik H. vom 18. Februar 2003 erwähnte Dr. F., dass sich die Beschwerdeführerin nach Austritt aus dem Spital G. zuerst recht gut erholt habe. Anschliessend habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert mit vermehrten Nacken- und Kopfschmerzen und reaktiven depressiven Zügen, weshalb eine erneute stationäre Behandlung angezeigt sei (Urk. 9/22/71).

3.8 Die Ärzte der Rehaklinik H. diagnostizierten im Austrittsbericht vom 10. Mai 2003 ein chronisches rechtsbetontes zervikospondylogenes Syndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 29. Mai 2002, eine Fehlhaltung der HWS, eine muskuläre Dysbalance sowie eine posttraumatische depressive Entwicklung (Urk. 9/22/63). Initial sei ein deutlich depressives Zustandsbild mit katastrophisierenden Gedanken und marginalem Selbstvertrauen im Vordergrund gestanden. Eine antidepressive medikamentöse Therapie sei begonnen worden. Hinsichtlich der Beschwerdeverarbeitung bestanden deutliche Ausweitungstendenzen, eine starke Selbstaufmerksamkeit sowie eine Symptomorientierung (Urk. 9/22/64). Aus somatischen Gründen bestehe gegenwärtig eine Arbeitsfähigkeit von ungefähr 30 %. Aus psychischen Gründen bestehe vorläufig bis 15. Juni 2003 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 9/22/65).

3.9 Dr. med. I., Physikalische Medizin und Rehabilitation Rheumatologie FMH, Chefärztin, erwähnte im rheumatologischen Teilgutachten der J. Klinik vom 17. März 2004 eine auffällige Beschwerdepräsentation. Im Liegen habe eine weitgehend freie suboccipitale Beweglichkeit der Kopfgelenke festgestellt werden können. Bei normalem MRI-Befund der HWS bestehe szintigraphisch eine diskrete Anreicherung auf Höhe C6/7. Als Ausdruck eines degenerativen Umbaus sei dieser Befund altersentsprechend. Das Ausmass des myofaszialen Schmerzsyndroms und auch die Weichteilempfindlichkeit sowie die bestehenden zusätzlichen vegetativen Symptome seien durch die strukturellen Veränderungen nicht zu erklären (Urk. 9/22/57).

3.10 Prof. Dr. med. K., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, leitender Arzt Schmerzzentrum, erwähnte im neuropsychiatrischen Teilgutachten der J. Klinik vom 28. Juni 2004, dass die Beschwerdeführerin eine Traumatisierung der Halswirbelsäule bei einer Geschwindigkeitsänderung deutlich unterhalb der Harmlosigkeitsgrenzen erlitten habe. Gemäss den anamnestischen Angaben habe nach dem Unfall vom 29. Mai 2002 bereits am Unfallort eine massive psychische Reaktion eingesetzt. Das Unfallereignis sei jedoch nicht so belastend gewesen, dass es eine

posttraumatische Belastungsstörung hätte auslösen können (Urk. 9/22/48). Bei der nachweisbaren psychischen Reaktion, welche in Zusammenhang mit einer ängstlichen Verarbeitung der somatischen Beschwerden und einer antizipierten negativen Entwicklung in die Zukunft stehe, handle es sich um Symptome einer affektiven Störung (Angst und Depression). Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei nicht gerechtfertigt (Urk. 9/22/50).

3.11.1 Mit Bericht vom 5. August 2004 diagnostizierte PD Dr. F.____ ein zervikovertebrales und zervikozephalies Syndrom bei Status nach Unfall (Urk. 9/17/1 lit. A). Seit dem Unfall vom 29. Mai 2002 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 9/17 lit. B). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär. Von weiteren medizinischen Massnahmen sei keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (Urk. 9/17 lit. C).

3.12.1 Dr. med. L.____, Leitender Arzt Neurologie, stellte im neurologischen Gutachten der J.____ Klinik vom 18. Oktober 2004 fest, dass eine psychogene Beeinträchtigung bereits wenige Tage nach dem Unfall vom 29. Mai 2002 durch die behandelnde Ärztin festgestellt worden sei (Urk. 9/22/24). Gegenwärtig stehe die psychogene Reaktion und Entwicklung derart im Vordergrund, dass nur der Befund eines unspezifischen Schmerzsyndroms erhoben werden könne (Urk. 9/22/25). Hinweise für eine unmittelbar nach dem Unfallereignis aufgetretene Bewusstlosigkeit und Anhaltspunkte für eine milde traumatische Hirnverletzung beständen nicht. Die aktuellen Beschwerden liessen sich nicht durch neurologische oder rheumatologische Befunde erklären. Im Vordergrund stehe eine wenige Tage nach dem Unfall aufgetretene psychogene Entwicklung (Urk. 9/22/27). Aus psychischen Gründen bestehe gegenwärtig eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Eine weitere Heilbehandlung sei notwendig (Urk. 9/22/29).

3.13.1 Die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums N.____ diagnostizierten im Austrittsbericht vom 4. April 2006 einen typischen Beschwerdekomples nach sogenanntem Schleudertrauma mit sekundärer Entwicklung einer Agoraphobie mit Panikstörung sowie eine mittelgradige depressive Episode nach somatischem Syndrom (Urk. 9/44/1). Die Beschwerdeführerin zeige ein komplexes und hartnäckiges Störungsbild (Urk. 9/44/5). Ihr Migrationshintergrund und ihre leistungsorientierte, perfektionistische und hilfsbereite Persönlichkeit beeinflussten das am ehesten psychosomatische Störungsbild zusätzlich (Urk. 9/44/6).

3.14.1 Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie, erwähnte im psychiatrischen Teilgutachten des Medizinischen Zentrums P.____ (P.____) vom 12. April 2006 (Urk. 9/38), dass die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung nur unscharfe Antworten und bei weiterem Nachfragen bald Nichtwissen angegeben habe (Urk. 9/38 S. 20). Obwohl sich die Beschwerdeführerin über Gedächtnisstörungen beklage, bestehe eine intakte Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin wirke affektiv bedrückt und erkläre, dass sie aktuell unter einer materiellen Problematik leide. Insgesamt bestehe eine eher dysphorische Stimmungslage. Die Symptomatik sei mit einer depressiven Störung vereinbar, im Sinne einer leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom (Urk. 9/38 S. 21). Aus psychiatrischer Sicht handle es sich nicht um eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Störung (Urk. 9/38 S. 22). Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin bestätigte Dr. O.____ am 4. Dezember 2006, aus psychiatrischer Sicht habe kein Unterschied der Arbeitsfähigkeit vor und nach dem Unfall bestanden. Nach dem Unfall sei sie trotz leichter depressiver

Verstimmung und dreimonatiger Hospitalisation (mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 %) aktuell wieder voll arbeitsfähig (Urk. 9/47).

3.15 Dr. med. Q. ____, Fachärztin für Rheumatologie, konnte im rheumatologische Teilgutachten des P. ____, vom 12. April 2006 kein eigentliches strukturelles Korrelat für das Ausmass des angegebenen Beschwerdebilds feststellen. Auf Grund der objektivierbaren Befunde klinisch-rheumatologisch und bildgebend kann keine aus rheumatologisch-somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (Urk. 9/38 S. 26).

3.16 Dr. med. R. ____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, Gutachterin, und Dr. med. S. ____, Facharzt für Innere Medizin FMH, Chefarzt P. ____, stellten im Gutachten des P. ____, vom 1. Juni 2006 keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/38 S. 26).

16) und erwähnten, dass keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden strukturellen oder biomechanischen Läsionen nachzuweisen seien. Von Seiten des Bewegungsapparates bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 9/38 S. 17). Die bestehende leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen sei ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Sowohl aus somatischer wie aus psychiatrischer Sicht bestehe für sämtliche Tätigkeiten, unter Einschluss der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin, eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 9/38 S. 18).

E. 5

5.1 In Würdigung der medizinischen Aktenlage fällt auf, dass die beteiligten Ärzte in ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin teilweise voneinander abwichen. Während PD Dr. F. ____, in somatischer Hinsicht am 5. August 2004 eine seit dem Unfall vom 29. Mai 2002 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % feststellte (Urk. 9/17 lit. B), gingen Dr. I. ____, (Urk. 9/22/57) und Dr. L. ____, (Urk. 9/22/27) davon aus, dass zwar die unmittelbar nach dem Unfall vom 29. Mai 2002 bestehende Symptomatik durch den Unfall zu erklären sei, dass die nach einigen Monaten weiterbestehende gesundheitliche Entwicklung jedoch in somatischer Hinsicht nicht mehr durch neurologische oder rheumatologische Befunde und strukturelle Veränderungen zu erklären seien. Damit übereinstimmend konnten Dr. Q. ____, (Urk. 9/38 S. 26) und Dres. R. ____, und S. ____, (Urk. 9/38 S. 17) aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen. Von Seiten des Bewegungsapparates bestehe vielmehr eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

5.2 In Bezug auf den Bericht von PD Dr. F. ____, vom 5. August 2004 gilt es zu beachten, dass darin eine nachvollziehbare Begründung für die postulierte volle Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen seit dem Unfall vom 29. Mai 2002 (Urk. 9/17 lit. B) nicht zu erkennen ist. Mangels einer nachvollziehbaren Begründung kann auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch PD Dr. F. ____, daher nicht abgestellt werden. Des Weiteren gilt es zu beachten, dass es sich bei PD Dr. F. ____, um einen den Beschwerdeführer behandelnden Facharzt handelt. Dies schmerzt in Anbetracht der Tatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc), den Beweiswert seines Berichts, weshalb darauf nicht abzustellen ist.

(Urk. 9/38 S. 21) leide, dass es sich hierbei jedoch nicht um ein die Arbeitsfähigkeit einschränkendes Leiden handle (Urk. 9/38 S. 22, Urk. 9/47).

6.4 Die Gutachter des P. setzten sich eingehend mit der Anamnese und den von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden auseinander und berücksichtigten die medizinischen Vorakten. Die daran anknüpfenden objektiven Befunde sowie die Diagnosen und insbesondere die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in psychischer Hinsicht durch Dr. O. erscheinen insgesamt als hinreichend und nachvollziehbar begründet. Das Gutachten des P. vom 1. Juni 2006 (Urk. 9/38) und insbesondere das darin enthaltene Teilgutachten von Dr. Canzani vom 12. April 2006 (Urk. 9/38/20-22) erfüllen die nach der Rechtsprechung für den Beweiswert ärztlicher Berichte und Gutachten geltenden Anforderungen (vgl. Erw. 2.5) und vermögen in den Schlussfolgerungen zu überzeugen, so dass darauf abzustellen ist. Das Teilgutachten von Dr. O. erscheint auch insofern als überzeugend, als dieser feststellte, dass die Beschwerdeführerin zwar an einer leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom leide, dass dieses Leiden von verhältnismässig geringer Intensität sei und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verursache. Demnach ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zwar an einer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung von Krankheitswert litt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin dadurch jedoch nicht beeinträchtigt wurde. Trotz ihres psychischen Leidens konnte von der Beschwerdeführerin willensmässig vielmehr erwartet werden zu arbeiten.

6.5 Die Beschwerdeführerin war von Juli 1997 bis Januar 2002 als Pflegerin einer betagten Frau tätig, wobei sie Jahreseinkommen von rund 160'000 Franken erzielte (Urk. 9/6 Ziff. 6.3.1, Urk. 9/13). Mit dem Tod der von ihr gepflegten Frau endete dieses Arbeitsverhältnis. Eine Wiederaufnahme des Arbeitsverhältnisses, nun als Haushalthilfe, in derselben Familie, jedoch zu deutlich tieferem Lohn, wurde nach vier Wochen beendet (Urk. 9/19). In dieser Zeit ereignete sich der Auffahrunfall vom 29. Mai 2002. Die von Prof. Dr. K. angeführten und als Grund für die psychische Problematik erachteten psychosozialen Umstände ebenso wie die von Dr. O. erfragte materielle Problematik der Beschwerdeführerin finden in dieser Abfolge der Ereignisse ihre Bestätigung und Erklärung. Es ist mit anderen Worten nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin entsprechend leidet und möglicherweise auch die Erwartung hegt, es finde sich so ein Ausweg aus der finanziell prekären Lage der Familie. Davon zu unterscheiden ist allerdings die Frage, ob sich die entsprechenden Leiden gemäss ärztlicher Beurteilung einschränkend auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirken.

6.6 Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen an diesem Beweisergebnis nichts zu ändern. Insbesondere kann auf die Beurteilungen durch die Psychologin T. (vgl. Urk. 9/15, Urk. 9/22/59-62) vorliegend nicht alleine abgestellt werden, weil sie keine Ärztin ist. Denn nach der Rechtsprechung ist der Gesundheitszustand und insbesondere die Arbeitsfähigkeit auf der Grundlage von medizinischen Stellungnahmen zu beurteilen (BGE 130 V 99 Erw. 3.2 mit Hinweisen). Überdies entbehrt die von ihr gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung jeder Nachvollziehbarkeit, setzt diese doch unter anderem ein traumatisches Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere voraus (vgl. Urteil des Bundesgerichts i.S. C. vom 29. Mai 2007, U 439/06, Erw. 3.4), was vorliegend nicht gegeben ist. Demnach hat es dabei zu bleiben, dass sich den medizinischen Akten keine dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entnehmen lässt.

7. Nach Gesagtem steht fest, dass die Beschwerdeführerin auf Grund der medizinischen Aktenlage in Ausübung ihrer angestammten Tätigkeit als Betagtenbetreuerin und Haushalthilfe keine gesundheitsbedingte Einkommenseinbusse erleiden würde. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2007 auf die Vornahme eines Einkommensvergleichs verzichtete (vgl. BGE 115 V 133 Erw. 2; Urteil des Bundesgerichts in Sachen U vom 10. Juli 2007, 9C_155/2007, Erw. 3.4). Der Invaliditätsgrad beträgt jedenfalls 0 %. Im Übrigen gilt es zu erwähnen, dass bei Vornahme eines Einkommensvergleichs bei der Ermittlung des Valideneinkommens - entgegen den diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 11) - nicht das von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Tätigkeit bei A.____ erzielte Einkommen, sondern das von der Beschwerdeführerin zum Unfallzeitpunkt vom 29. Mai 2002 bei Dr. B.____ erzielte Einkommen zu berücksichtigen wäre.

8. Im Ergebnis ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung 9. Februar 2007 (Urk. 2) einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneinte, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

9. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 700.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Rechtsanwalt Dr. André Largier
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (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 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.