

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00419 vom 1. März 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00419](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00419)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00419 du 1 mars 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00419 del 1 marzo 2009

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Gemäss dem Bericht der Ärzte des Spitals D. \_\_\_ vom 10. November 2003 (Urk. 9/9/55-56 = Urk. 9/18/95-96 = Urk. 9/21/152-153) wurde der Beschwerdeführer am 15. Oktober 2003 nach einer Frontalkollision als Beifahrer notfallmässig in das Spital D. \_\_\_ eingewiesen, wo eine traumatische Milzruptur und eine Rippenserienfraktur mit Hämatopneumothorax diagnostiziert und er gleichentags operiert (Thoraxdrainage, Laparotomie) wurde.

Vom 4. bis 29. November 2003 weilte der Beschwerdeführer sodann stationär in der Hôpitalklinik E. \_\_\_, wo mit Bericht vom 2. Dezember 2003 (Urk. 9/9/42-43 = Urk. 9/18/82-83 = Urk. 9/21/139-140) folgende Diagnose gestellt wurde (S. 1 Mitte):

stumpfes Thorax- und Abdominaltrauma nach Autounfall am 15. Oktober 2003

- Rippenserienfraktur links dorsal 4.-7. und 10. Rippe

- Pneumothorax links

- Milzruptur, Status nach Splenographie am 15. Oktober 2003

Der Beschwerdeführer sei bei weitgehender Schmerzfreiheit und in allgemeiner Rekonditionierung in die weitere ambulante Behandlung durch den neuen Hausarzt Dr. F. \_\_\_ entlassen worden (S. 2 oben).

3.2 Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 24. Dezember 2003 (Urk. 9/9/41 = Urk. 9/18/81 = Urk. 9/21/138), die gegenwärtige Behandlung seien Physiotherapie und Analgetika (Ziff. 3a); die Wiederaufnahme der Arbeit sei auf Februar/März 2004 vorgesehen (Ziff. 4a).

Am 5. März 2004 (Urk. 9/9/33 = Urk. 9/18/73 = Urk. 9/21/130) berichtete Dr. F. \_\_\_, die Wiederaufnahme der Arbeit zu eventuell 25 % sei ab April 2004 vorgesehen (Ziff. 4).

Am 27. Mai 2004 (Urk. 9/9/22 = Urk. 9/18/62 = Urk. 9/21/119) berichtete Dr. F. \_\_\_, die aktuelle Problematik sei eine anhaltende Opiatabhängigkeit (Durgesic Pflaster) sowie psychische Auffälligkeiten mit zunehmend pathologischer Unfallverarbeitung (Ziff. 2). Ferner äusserte sich Dr. F. \_\_\_ zu der seines Erachtens sehr kritischen und teils ablehnenden Haltung des Beschwerdeführers gegenüber sinnvollen medizinischen Massnahmen (Ziff. 2b). Angaben zur Arbeitsaufnahme machte er in diesem Bericht nicht (vgl. Ziff. 4).

Am 16. Juni 2004 wurde wegen chronischer Nackenschmerzen und im Hinblick auf eine allfällige Diskopathie C4/5 ein MRT angefertigt; dieses ergab eine leichte Chondrose der cervikalen Bandscheiben, etwas ausgeprägter auf Höhe C4/5, wodurch eine zeitweilige Beeinträchtigung der beiden Nervenwurzeln C5 möglich sei (Urk. 9/21/50).

3.3 Vom 7. Juli bis 18. August 2004 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik G., wo mit Austrittsbericht vom 10. (richtig wohl: 18. oder 19.) August 2004 (Urk. 9/9/7-13 = Urk. 9/18/47-53 = Urk. 9/21/104-110) nebst mit dem Unfall assoziierten Diagnosen (darunter, neu, auch eine Rissquetschwunde frontal links am Kopf) ein zervikospodylogenes Syndrom und eine distale Colitis ulcerosa diagnostiziert wurden (S. 1 Mitte).

Arbeitsrelevante Problembereiche seien die Schmerzen im Abdomen, der Halswirbelsäule (HWS) sowie die allgemeine Dekonditionierung. Limitiert seien HWS-belastende Tätigkeiten wie das Heben und Tragen von - einzeln genannten - Gewichten und längere HWS-belastende Haltungen; die psychophysische Belastbarkeit sei derzeit noch reduziert (S. 3 Mitte).

Es wurde eine Arbeitsfähigkeit zu therapeutischen Zwecken, zunächst beginnend mit leichteren Tätigkeiten, attestiert und um Begleitung durch einen Aussendienstmitarbeiter und retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gebeten (S. 3).

3.4 Am 23. August 2004 berichtete Dr. med. H., Facharzt FMH Innere Medizin, speziell Gastroenterologie, an Dr. F. (Urk. 9/18/12-13 = Urk. 9/21/70-71). Die von ihm durchgeführte Oesophago-Gastro-Duodenoskopie habe eine teils erosive Bulbitis ergeben; die diffusen Bauchschmerzen seien seines Erachtens durch den Befund nicht erklärt (S. 2 oben).

Nach erneuter Untersuchung berichtete Dr. H. am 13. September 2004, es fände sich keine Pathologie als Ursache für die geschilderte Schmerzsymptomatik, so dass leider eine pathologische Schmerzverarbeitung als Unfallfolge anzunehmen sei (Urk. 9/18/11 = Urk. 9/21/69).

Dr. F. berichtete am 18. April 2005 (Urk. 9/18/25 = Urk. 9/21/83), im März 2005 habe der Beschwerdeführer einen therapeutischen Arbeitsversuch am bisherigen Arbeitsplatz starten können; aktuell arbeite er im Büro und sei mit Planung zeichnen und Überwachungsaufgaben betraut (Ziff. 2). Als Diagnose nannte Dr. F. belastungsabhängige Abdominalschmerzen bei Status nach Polytrauma (Ziff. 1).

Am 22. November 2004 berichtete Dr. F. der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/10). Dabei nannte er folgende Diagnosen (lit. A):

- Status nach Verkehrsunfall mit Polytrauma 15. Oktober 2003
- Rippenserienfraktur dorsobasal links, Hämatothorax links, traumatische Milzruptur
- notfallmässige mediane Laparotomie mit Revision des Abdomens und Splenographie sowie Thoraxdrainage links
- Schädeldkontusion mit Rissquetschwunde frontal

- HWS-Distorsion mit persistierendem zervikospondylogenen Syndrom

- Status nach distaler Colitis ulcerosa

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom 15. Oktober 2003 bis Ende 2004 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (lit. B); aktuell werde der Beschwerdeführer im Sinne eines therapeutischen Arbeitsversuches wieder vorsichtig am Arbeitsplatz integriert und es sei mit einer Teilarbeitsfähigkeit als Hochbaupolier ab Anfang 2005 zu rechnen (lit. D.7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 18. August 2005 (Urk. 9/18/15-16 = Urk. 9/21/73-74) nach erneuter Untersuchung des Beschwerdeführers, rein aus Sicht der Abdominalorgane könne man von einem posttraumatischen konstipationsdominanten Colon irritabile sprechen (S. 2 unten). In seinem Bericht vom 29. August 2005 (Urk. 9/18/9-10 = Urk. 9/21/67-68) führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, persistierende organische Veränderungen seien nicht nachzuweisen, so dass die Beschwerden mindestens nicht somatisch medizinisch zu begründen seien (S. 2 oben); rein gastroenterologisch könne man von funktionellen Bauchbeschwerden sprechen (S. 2 Mitte Ziff. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf Veranlassung des SUVA-Kreisarztes (vgl. Urk. 9/21/52-54) erfolgte am 10. Januar 2006 eine Röntgenuntersuchung, welche eine morphologisch und insbesondere funktionell normale Magen-Darm-Passage ergab (Urk. 9/21/45).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 21. Juni 2006 berichtete Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, Allergologie, klinische Immunologie und Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin der SUVA, über seine neurootologische Untersuchung (Urk. 9/21/30-32 = Urk. 9/21/33-35). Er hielt ein im Wesentlichen normales zentrales und peripher-vestibuläres Funktionssystem sowie einen mittelschweren bis schweren Tinnitus fest. Dem Beschwerdeführer könne die Fortsetzung seiner bisherigen Tätigkeit im Büro rein aus ORL-ärztlicher Sicht voll zugemutet werden; hingegen sollte er Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr beziehungsweise auf ungesicherten Gerüsten oder an schnell rotierenden Maschinen bis auf weiteres vermeiden (S. 3 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Kreisarzt Dr. med. J.\_\_\_\_ fasste am 1. September 2006 die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchung vom 21. Dezember 2005 und der von ihm daran anschliessend veranlassten Abklärungen zusammen (Urk. 9/21/24-25). Aufgrund des klinischen Untersuchungs und der objektivierbaren Befunde habe der Unfall vom 15. Oktober 2003 an der HWS keinen traumatischen Schaden hinterlassen. Ein relevanter traumatisch bedingter Restschaden könne aufgrund der umfassenden gastroenterologischen Untersuchungen inklusive Magen-Darm-Passage ausgeschlossen werden (S. 1 Mitte). Aus rein ORL-ärztlicher Sicht könne der Beschwerdeführer seine Tätigkeit im Büro fortsetzen; hingegen sollte er Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr beziehungsweise auf ungesicherten Gerüsten oder an schnell rotierenden Maschinen bis auf weiteres vermeiden. Am Thorax lägen keine Restschäden vor (S. 1 unten). Es lägen somit objektivierbar keine Unfallfolgen mehr vor, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (abgesehen von den aus ORL-Sicht genannten Limiten) rechtfertigen würden (S. 2 oben).

3.5 Ä Ä Ä Ä Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 12. Dezember 2006 über die von ihm gleichentags vorgenommene Ileo-Coloskopie und Polypektomie (Urk. 9/21/11-12). Am 21. Dezember 2006 führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, aufgrund der erfolgten histologischen Untersuchung scheine

eine entzündliche Darmkrankheit tatsächlich zu bestehen. Die entzündlichen Veränderungen seien insgesamt sicher geringgradig und nicht für die vom Beschwerdeführer empfundenen Bauchschmerzen verantwortlich (Urk. 9/21/14 = Urk. 9/27/13).

Dr. F. \_\_\_ attestierte am 22. August 2007 (Urk. 9/27/14 = Urk. 3/4) eine Arbeitsunfähigkeit als Hochbaupolier von 100 % vom 15. Oktober 2003 bis 31. Oktober 2006 und von 50 % seit 1. November 2006 (Ziff. 6). Am 23. August 2007 führte Dr. F. \_\_\_ aus, der Heilverlauf nach erfolgtem Polytrauma habe sich langwierig gestaltet und nannte Abdominalbeschwerden, Nacken-, Hinterkopfschmerzen und einen Tinnitus. Bezüglich Magen wies er auf die Berichte von Dr. H. \_\_\_ hin. Die Nackenschmerzen seien unter körperlicher Belastung wiederholt stärker in den Vordergrund getreten, seien aber insgesamt eher regredient. An den Tinnitus habe sich der Beschwerdeführer teilweise gewöhnt. Stress oder Belastung führten stets zu verstärkten Bauchbeschwerden, zu einer Verstärkung des Tinnitus und zu Schwindelgefühlen. Der Beschwerdeführer könne nicht mehr auf Baugestelle steigen oder schwerere Arbeiten übernehmen. Aktuell sei er vor allem mit Vermessungen und Büroarbeiten beschäftigt; eine Steigerung über 50 % sei nicht möglich (Urk. 9/27/12 = Urk. 3/5).

Am 16. April 2008 wurde Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychiatrie FMH, vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Fragebogen unterbreitet (Urk. 3/7).

Dr. C. \_\_\_ antwortete am 18. April 2008 (Urk. 3/8), dass er den Beschwerdeführer bisher lediglich im Rahmen von zwei einzelnen Interviews kennengelernt, noch keine eigentliche Therapie eingeleitet und auch keine Kenntnis der Akten habe, weshalb er die Fragen nicht beantworten könne (Abs. 1). Aufgrund seiner bisherigen Abklärungen stelle er fest, dass auf psychiatrisch-diagnostischer Ebene eine posttraumatische Belastungsstörung mit intensiven vegetativen Symptomen bestehe. Von der Behandlung dieser Problematik sei im günstigen Fall eine Verbesserung des subjektiven Befindens zu erwarten, wahrscheinlich aber nicht eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Er gehe also davon aus, dass beim Beschwerdeführer ein bleibender Nachteil bestehe, zumal das Ereignis inzwischen 4 ½ Jahre zurückliege (Abs. 2).

Am 29. August 2008 (Urk. 12) bedankte sich Dr. C. \_\_\_ für die Zustellung der aktuellsten Rechtsschriften, denen er entnommen habe, mit welcher Boshaftigkeit die Gegenpartei die Beschwerden bis zur Unkenntlichkeit zerplücke und verdrehe (Abs. 1). Die von ihm gestellte Diagnose sei keine Verdachtsdiagnose, sondern mittlerweile auch testmässig erhärtet (Abs. 2).

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich zur Entscheidungsfindung mit Ausnahme zweier Hausarzt-Berichte ausschliesslich auf die medizinischen Akten des Unfallversicherers gestützt.

Dies ist keineswegs grundsätzlich zu bemängeln, erweist sich im konkret vorliegenden Zusammenhang jedoch als ausgesprochen problematisch: Die zu beurteilenden Beschwerden wurden in den vorliegenden Berichten primär aus der Perspektive der Unfallversicherung erfasst, so insbesondere in der Berichterstattung des Magen-Darm-Spezialisten und in den Beurteilungen durch die SUVA-Ärzte. Dies hatte zur Folge, dass auf diejenigen Beschwerden, denen der natürliche Kausalzusammenhang

zum erlittenen Unfall abgesprochen wurde, nicht vertieft eingegangen wurde; namentlich deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit konnten offen bleiben. Soweit die Beschwerden als nicht-organischer, sondern (im Umkehrschluss) psychischer Genese erachtet wurden, erfolgte ebenfalls keine vertiefte medizinische Auseinandersetzung mit ihnen.

4.2 Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer besser leidensangepassten Tätigkeit hat sich lediglich der seit 2004 als Hausarzt zuständige Dr. F. \_\_\_ geäußert. Sie betrage 50 % und eine Steigerung sei nicht möglich. Eine Begründung für diese Einschätzung gab Dr. F. \_\_\_ nicht und es muss offen bleiben, inwieweit sie einer objektivierten Zumutbarkeitsbeurteilung vergleichbar ist oder aber lediglich die subjektive Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers übernommen wurde. Als - einziger - Anhaltspunkt für eine zuverlässige Bestimmung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit eignet sich diese hausärztliche Einschätzung nicht.

Dies gilt in noch stärkerem Masse für das, was der seit Frühjahr 2008 behandelnde Psychiater geäußert hat. Ohne Kenntnis der Akten diagnostizierte er eine posttraumatische Belastungsstörung mit intensiven vegetativen Symptomen, und bekräftigte dies in einer zweiten Stellungnahme, nachdem ihm die aktuellsten Rechtschriften - also nicht die medizinischen Vorakten - überlassen worden waren. Dem Fachpsychiater müsste eigentlich bekannt sein, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäß der einschlägigen Umschreibung (ICD-10: F43.1) voraussetzt, dass die Störung innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2007 i.S. C., U 439/06, Erw. 3.4, mit Hinweis). Dass er, obwohl die diagnostischen Kriterien dafür eindeutig nicht erfüllt sind, eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostizierte, stellt einen derart gravierenden Mangel dar, dass auf seine Stellungnahmen nicht weiter einzugehen ist.

4.3 Die Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) zog am 12./12. Dezember 2007 aus den medizinischen Akten den Schluss, es seien keine relevanten objektivierbaren Befunde und damit kein IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen; es würden bereits im G. \_\_\_ -Bericht vom August 2004 keine wesentlichen gesundheitlichen Probleme beschrieben, die eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen könnten. Es sei deshalb davon auszugehen, dass spätestens gegen Ende der Wartezeit (Oktober 2004) keine erwerblich relevanten, medizinischen Probleme mehr bestanden hätten (Urk. 9/29/4 unten).

Im Austrittsbericht der Rehaklinik G. \_\_\_ (vorstehend Erw. 3.3) waren als arbeitsrelevante Problembereiche unter anderem Schmerzen im Abdomen und der HWS bezeichnet, Limiten für HWS-belastende Tätigkeiten und Haltungen genannt und die psychophysische Belastbarkeit als reduziert eingeschätzt worden. Eine Arbeitsfähigkeit war (nur) zu therapeutischen Zwecken, zunächst beginnend mit Basistätigkeiten, attestiert worden.

Vor diesem Hintergrund erscheint die These der RAD-Ärztin, es hätten bereits zu diesem Zeitpunkt keine erwerblich relevanten medizinischen Probleme bestanden, als unbegründet und geradezu aktenwidrig. Da sie das - letztlich einzige - Fundament des angefochtenen Entscheids bildet, vermag dieser nicht zu überzeugen.

4.4. Dies führt zum Schluss, dass die vorhandenen medizinischen Berichte zur Entscheidungsfindung nicht genügen.

Abzuklären ist in einem ersten Schritt aus medizinischer Sicht und ohne Einengung auf die Perspektive der Unfallversicherung, ob und bejahendenfalls in welcher Hinsicht und welchem Umfang der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Gegebenenfalls wird sodann zu beurteilen sein, inwieweit festgestellte Einschränkungen auch bei Beachtung von Art. 7 Abs. 2 Satz ATSG zu berücksichtigen sind. Ferner wird, entsprechende Bereitschaft des Beschwerdeführers vorausgesetzt, eine Schwerpunktverlagerung von der Baustelle in den Brobereich unter dem Aspekt allfälliger beruflicher Massnahmen sorgfältig zu prüfen und schliesslich ein allfälliger Rentenanspruch zu prüfen zu sein.

Dementsprechend ist - in Gutheissung der Beschwerde - die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur Abklärung und erneuten Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

## 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, dem obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu entrichten, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 1'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Die Verfahrenskosten von Fr. 600.-- sind ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 7. März 2008 aufgehoben und die Sache wird an diese zurückgewiesen, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähige.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Daniel Wenger

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage der Doppel von Urk. 11 und Urk. 12

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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 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).

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