

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00292 vom 18. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00292](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00292)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00292 du 18 octobre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00292 del 18 ottobre 2011

## Erwägungen

### E. 2

2.1. In der angefochtenen Verfügung wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei mit Schreiben vom 2. November 2009 auf die Folgen einer Verweigerung der Mitwirkung an der angeordneten medizinischen Abklärung aufmerksam gemacht worden. Sie habe sich auch danach der zumutbaren Untersuchung nicht unterzogen, weshalb aufgrund der vorliegenden Akten entschieden werde. Da zur Beurteilung des Leistungsanspruches weitere medizinische Abklärungen notwendig gewesen wären, werde das Leistungsbegehren abgewiesen (Urk. 2).

2.2. Demgegenüber bringt die Beschwerdeführerin vor, gestützt auf das aktenkundige I.\_\_\_\_-Gutachten vom 16. Juni 2009 sei ein Rentenanspruch ausgewiesen. Entgegen der Auffassung der IV-Stelle sei dieses Gutachten schlüssig und damit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % erstellt; weitere medizinische Abklärungen seien daher nicht notwendig, weshalb auch keine Verletzung der Mitwirkungspflicht vorliege. Sodann sei das Einholen einer "second opinion" unzulässig (Urk. 1).

### E. 3

3.1. Im Rheumatologischen Gutachten vom 14. März 2006 diagnostizierte Dr. med. Z.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, eine Rest-myofasciale Tender- und Triggerpunktbildung, Spannungskopfschmerzen und eine diskrete Fehlform der BWS und LWS. Aufgrund seiner Untersuchungen ging er in der angestammten Tätigkeit von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit aus, wobei er die Prognosen als gut einschätzte (Urk. 10/9/59).

3.2. Vom 24. April bis 29. Mai 2006 war die Beschwerdeführerin in der Klinik R.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Bericht vom 10. Juli 2006 wurden die Diagnosen eines persistierenden zervikozephalen Symptomkomplexes, einer vegetativen Dysregulation, einer Tendomyopathie der Kaumuskulatur und eines Status nach anteriorer Diskusverlagerung mit Reposition rechts sowie einer leichten Anpassungsstörung vom somatisierenden und ängstlichen Typ (ICD 10 F 43.25) gestellt. Bei Austritt wurde ihr die Weiterführung von Physiotherapie und eine psychologische Begleitung empfohlen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit gingen die unterzeichnenden Ärzte von einer Leistungssteigerung aus und attestierten ihr zu Beginn jedoch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/9/29).

3.3. Wegen den Spannungskopfschmerzen begab sich die Versicherte in Behandlung der Neurologin Dr. med. B.\_\_\_\_, welche in ihrem Bericht vom 6. November 2007 einen normalen Neurostatus beschrieb (Urk. 10/17/2). Mit Gutachten vom 28. Juli

2008 berichtete Dr. med. C. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, unter dem Titel Neurostatus massive Einschränkungen in der Beweglichkeit, jedoch hervorgerufen durch eine aktive Gegeninnervation sowie Schmerzempfindlichkeit. Aus neurologischer Sicht, gestützt auf klinische, encephalographische wie auch magnetresonanztomographische Untersuchungen würden keine Anhaltspunkte für eine organische Hirnschädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems vorliegen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit ging er grundsätzlich von einer vollen Arbeitszeit aus, welche zu Beginn möglicherweise zwischen 20 und 40 % eingeschränkt sei, die aber gesteigert werden könne (Urk. 10/34/44). Vom 8. bis 15. Januar 2009 befand sich die Beschwerdeführerin in der neurologischen Klinik des Spitals U. \_\_\_\_, um einen Schmerzmittelentzug durchzuführen. Im Bericht vom 15. Januar 2009 wurde der Neurostatus als normal geschildert wie auch der Allgemeinzustand, sodann wurde positiv über die Reduktion von der Schmerzmittelaufnahme berichtet. In der Folge wurde sie zur Rehabilitation nach D. \_\_\_\_ überwiesen. Im Austrittsbericht der Klinik D. \_\_\_\_ vom 25. Februar 2009, wo die Versicherte vom 15. Januar bis 15. Februar 2009 hospitalisiert war, wurde ein chronisches cervico-cephales und cervico-brachiales Schmerzsyndrom, chronischer Spannungs- und Migränekopfschmerz sowie ein chronischer Schmerzmittelmissbrauch diagnostiziert (Urk. 10/42/5).

3.4 Die Psychologin E. \_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 25. Juli 2008 fest, dass die Beschwerdeführerin bei den vorgenommenen Tests mehrheitlich unauffällige Ergebnisse erzielt habe, jedoch auch Ergebnisse, die nicht der Leistungsfähigkeit einer Wirtschaftsinformatikerin entsprechen würden. Ferner seien Leistungseinbußen wegen Ermüdbarkeit und Schmerzen zu verzeichnen. Sodann habe die Versicherte während der gesamten Untersuchung unter dem Einfluss von starken Medikamenten gestanden. Sie benötige deshalb Unterstützung, um ihre vorhandenen Ressourcen wieder optimal einsetzen zu können (Urk. 10/34/50).

3.5 Im umstrittenen Gutachten des Instituts I. \_\_\_\_ vom 16. Juni 2009 wurden folgende unfallassoziierte Diagnosen gestellt: sich bessernde, einem HWS-Beschleunigungstrauma zuzuordnende Kopfschmerzen (ICHD-II 5.4), Akzentuierung der Kopfschmerzen durch Analgetikaüberkonsum, kognitive Funktionsstörungen, Tendomyopathie der Kau- und Nackenmuskulatur beidseits, anteriore Discusverlagerung im Kiefergelenk mit Reduktion rechts. Als unfallfremde Diagnosen wurden die chronischen Nackenschmerzen und Kreuzschmerzen sowie die subjektiv unspezifischen vegetativen Störungen erwähnt.

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus somatischer Sicht würden sie die Arbeitsunfähigkeit auf 40 % bis maximal 50 % schätzen. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich anlässlich der aktuellen Begutachtung keine Arbeitsunfähigkeit. Hingegen bestehe aus neuropsychologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, weshalb insgesamt von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (Urk. 10/44/43).

3.6 Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung erweist sich das I. \_\_\_\_-Gutachten vom 16. Juni 2009 in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als nicht schlüssig. Daran vermag der Umstand, dass dieses Gutachten in der Unfallversicherung als verwertbar betrachtet wurde, nichts zu ändern, denn im Rahmen der Unfallversicherung steht die Frage nach der Unfallkausalität im Vordergrund. Diesbezüglich sind die Annahmen des I. \_\_\_\_-Gutachtens einigermaßen kohärent.

Hingegen vermögen die Schlussfolgerungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit im Lichte der gesamten Aktenlage nicht zu überzeugen. Wie der Regionale Ärztliche Dienst der Invalidenversicherung zutreffend festhielt (Urk. 10/65/9), fehlen im Gutachten zur Begründung der angegebenen Beschwerden weitgehend objektivierbare somatische Befunde. Die Gutachter begründeten die Arbeitsunfähigkeit denn auch im wesentlichen mit neuropsychologischen Einschränkungen. Da jedoch weder ein neurologischer noch ein psychiatrischer Befund vorliegt, ist die Aussagekraft einer neuropsychologischen Abklärung beschränkt, denn nur bei Vorliegen von psychischen oder neurologischen Diagnosen dienen die neuropsychologischen Befunde einer verwertbaren Differenzierung (vgl. Andrea Plohm, Relevanz neurologischer Gutachten zur Beurteilung von Arbeitsfähigkeit und Integrität, Epileptologie 2008, S. 182f).

3.7. Da die Schlussfolgerungen des I. -Gutachtens nicht nachvollzogen werden konnten, war eine weitere medizinische Abklärung zur Beurteilung des Leistungsanspruches aber erforderlich. Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin ist eine zweite Begutachtung in einem solchen Fall einer versicherten Person ohne weiteres zumutbar.

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mehrfach darauf hingewiesen, dass sie aufgrund der Aktenverfälschung und dies die Abweisung des Leistungsbegehrens zur Folge haben könnte, falls sie sich der angeordneten medizinischen Abklärung nicht unterziehe. Da sich die Beschwerdeführerin trotz der ihr eingeräumten Bedenkzeit der Begutachtung nicht unterzog, was von ihr in der Beschwerde auch nicht bestritten wird, durfte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Verletzung der Mitwirkungspflicht das Leistungsbegehren abweisen (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 10. Dezember 2010, 8C\_733/2010).

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfälschung, mit welcher das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen worden war, als rechtens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Bettina Umhang
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.