

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00448 vom 11. Oktober 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-10-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00448

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00448 du 11 octobre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00448 del 11 ottobre 2010

Erwägungen

E. 2

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 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).

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

2.3 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).

2.4 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 Aussagen 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).

2.5. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsrichter und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

3. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stellt sich folgendermassen dar:

3.1. Im Bericht der D.____, Wirbelsäulenzentrum, vom 16. Februar 2007 (Urk.7/28/84-85) wurden eine rezidivierende Lumbago bei Discopathie L4/5 mit Diskushernie sowie eine Hemisakralisation L5 links diagnostiziert. Die Wirbelsäule stehe im Lot, es sei ein Becken- und Schultergeradstand vorzufinden. Zehen- und Fersengang seien durchführbar. Es bestehe eine Palpationsdolenz auf Höhe L4/5 isoliert. Die Inklination sei wegen lumbo-sakraler Schmerzen eingeschränkt. Die Valleix'schen Druckpunkte sowie der Lasègue seien negativ und die periphere Sensomotorik sei intakt. Die geklagten Rückenschmerzen seien mit der Discopathie und Diskushernie L4/5 vereinbar. Eine Radiculopathie bestehe nicht, somit sei eine Indikation zur Diskushernienoperation nicht gegeben. Es sollten konservative Massnahmen ausgeschöpft werden. Die Beschwerdeführerin sei während einer bis zwei Wochen zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden, damit sie mit intensiver Therapie beginnen könne und sich etwas schone. Anschliessend sollte sie wieder einsatzfähig sein.

3.2

3.2.1. Nach dem Unfall vom 17. Mai 2007 diagnostizierte der behandelnde Arzt Dr. C.____ im Bericht vom 16. Juni 2007 (Urk. 7/28/104) eine HWS-Distorsion und eine Schulterkontusion. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 6. Oktober 2007 (Urk. 7/28/79-80) gab er an, die Beschwerdeführerin habe sich über Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel beklagt. Die Arbeitsfähigkeit betrage bis auf Weiteres 50 %.

3.2.2. Laut Verlaufsbericht des Dr. C.____ vom 24. Juni 2008 (Urk. 7/28/22) sind die geklagten Schmerzen (Nacken- und Schulterschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel und verstärkte lumbale Schmerzen) anhaltend, und nach Belastung komme es zu einer Schmerzverstärkung. Es sei eine leichte depressive Stimmung zu beobachten mit Einschlafstörung, angeblichem Konzentrationsmangel, Appetitverminderung und Müdigkeit. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie und Rehabilitation hätten keine wesentliche Besserung gebracht. Seit die Arbeitsbelastung auf 70 % gesteigert worden sei, berichte die Beschwerdeführerin über eine deutliche Zunahme der Beschwerden in der HWS und über starke Kopfschmerzen.

3.3

3.3.1. Nach einem synkopalen Sturz in der Nacht vom 31. Mai auf den 1. Juni 2007 diagnostizierten die Ärzte des E.____ im Austrittsbericht vom 4. Juni 2007 (Urk.

7/28/101-102) eine Commotio cerebri mit Rissquetschwunde am Kopf occipital, eine vor zwei Wochen erlittene HWS-Distorsion sowie einen Schwangerschaftsabbruch am 29. Mai 2007 in der Frauenklinik des F.____. Die Beschwerdeführerin sei zur Commotio-Überwachung eingetreten. Die durchgeführte Computertomographie zeige keine intrakranielle Läsion. Das HWS-Röntgen sei ohne pathologischen Befund geblieben. Gegen den Schwindel seien der Beschwerdeführerin bei gleichzeitig hypotonen BD-Werten Effortil Tropfen gegeben worden. Die Überwachung sei unauffällig gewesen mit 15 Punkten gemäss Glasgow Coma Scale (GCS). Die Beschwerdeführerin sei für eine Woche zu 100 % arbeitsunfähig.

3.3.2. Im Bericht über die ambulante Behandlung vom 13. Juni 2007 (Urk. 7/28/81) konstatierten die Ärzte des E.____, dass sich die Beschwerdeführerin selbst eingewiesen habe, nachdem sie seit dem Mittag starke Kopfschmerzen, Schwindel, ein Schwächegefühl und Magenschmerzen verspürt habe. Es habe kein Trauma stattgefunden. Die Ärzte diagnostizierten einen Status nach HWS-Distorsionstrauma bei chronischen Nackenbeschwerden und Schwindel sowie einen Verdacht auf psychischen Erschöpfungszustand. Es war keine Druck- oder Klopfdolenz an der HWS feststellbar. Die Hirnnerven waren allseits intakt. Die Pupillen reagierten prompt direkt und indirekt auf Licht. Die Beweglichkeit der HWS war schmerzbedingt eingeschränkt. Es waren auch keine peripheren neurologischen Ausfälle feststellbar. Die Ärzte attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

3.3.3. Laut Kurzaustrittsbericht vom 26. Juli 2007 (Urk. 7/28/92-93) fanden die Ärzte unauffällige Verhältnisse auf der Röntgenaufnahme der HWS. Der Kinn-Sernum-Abstand betrage 3 cm mit spannenden Schmerzen nuchal linksbetont, die Extension sei frei mit dezentem Schmerz nuchal, die Rotation nach rechts uneingeschränkt mit leichtem Ziehen nuchal links und die Rotation nach links sei 1/3 eingeschränkt, deutlicher in Flexion mit Schmerzen am Sternocleidomastoideus links. Es seien ein dezenther Schulterhochstand links sowie Triggerpunkte und eine Tonuserhöhung des Trapezius links feststellbar. Die Reflexe und die Kraft seien symmetrisch und die Sensibilität uneingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis zum 30. Juli 2007 100%, danach 50 %.

3.4

3.4.1. Die gesundheitlichen Probleme stellten sich laut Austrittsbericht vom 5. Dezember 2007 (Urk. 7/28/35-41) der G.____, wo sich die Beschwerdeführerin vom 19. September bis 28. November 2007 aufgehalten hatte, folgendermassen dar:

1. Starke Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit durch Schmerzproblematik und ausgeprägtes selbstlimitierendes Verhalten.

2. Bewegungs- und belastungsabhängige Hinterkopf- und Nackenschmerzen, ausstrahlend in beide Schultern li > re.

3. Schwindelgefühl, zeitweise unscharfes Sehen (in Zusammenhang mit Schmerzen).

4. Intermittierend auftretende Ohrgeräusche.

5. Angabe von intermittierenden Kribbelparästhesien im linken Arm.

6. "Einschlafstörung."

Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich eine aktiv massiv eingeschränkte Beweglichkeit der Schultergelenke beidseits. Die Beschwerdeführerin habe über diffuse Beschwerden im Bereich der HWS sowie über Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Schlafstörungen geklagt. Klinisch-neurologisch hätten sich keine Hinweise für eine umschriebene Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems oder eine radikuläre Beteiligung, welche die ausgedehnten Schmerzen und das Schonverhalten erklären könnten, gefunden. Das auswärts angefertigte Schädel-CT vom 1. Juni 2007 habe unauffällige Befunde gezeigt. Es hätten sich keine Hinweise für intrazerebrale Blutungen sowie eine Schädelkalottenfraktur ergeben. Aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin sei eine am 1. Juni 2007 erlittene MTBI [milde traumatische Hirnverletzung] lediglich möglich. Bei intermittierend auftretenden präkordialen Schmerzen sei ein EKG veranlasst worden, welches unauffällige Befunde geliefert habe. Auch laborchemisch hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Die neuropsychologische Untersuchung habe eine starke Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit durch die Schmerzproblematik und ein ausgeprägtes selbstlimitierendes Verhalten gezeigt. Anhaltspunkte für eine neuropsychologische Störung hätten nicht festgestellt werden können. In einem psychosomatischen Konsilium sei keine psychische Störung von Krankheitswert festgestellt worden. Es bestehe eine als hochgradig präsentierte Schmerzsymptomatik mit starker Schonung und subjektiver Invalidisierung, die sich therapierefraktär zeige. Als Gemissterosterin sei die Beschwerdeführerin mindestens halbtags mit zusätzlichen Pausen von insgesamt einer halben Stunde pro Tag arbeitsfähig.

3.4.2 Laut Bericht vom 5. März 2008 (Urk. 7/28/32-34) über die ambulante Untersuchung der Beschwerdeführerin am 13. Februar 2008 in der G. habe sich das Beschwerdebild subjektiv seit dem Austritt aus der stationären Behandlung nicht signifikant verändert. Medizinisch-theoretisch müsse nun über acht Monate nach dem Unfall von einer weiter gesteigerten Belastbarkeit ausgegangen werden. Theoretisch beständen keine Einschränkungen der Zumutbarkeit. Allerdings seien die schmerzbedingten Einschränkungen konstant und (abgesehen von der Untersuchungssituation) nicht übermäßig verdeutlichend präsentiert. Zudem werde die 50%ige Arbeitsfähigkeit einigermaßen zufriedenstellend durchgehalten. Dies spreche durchaus für die Bemühungen der Beschwerdeführerin. Psychischerseits habe sich aktuell ebenfalls keine signifikante Änderung im Vergleich zum Austritt ergeben, so dass eine erneute psychiatrische Abklärung keine neuen Erkenntnisse liefern würde. Die Einschränkungen der Belastbarkeit seien allerdings sicherlich in diesem Kontext zu interpretieren. Theoretisch bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit als Salatrasterin, wobei eine weiterhin sukzessive Steigerung sinnvoll sei, um die bisher erreichte Leistungsfähigkeit nicht zu gefährden.

3.5 Die Chiropraktin Dr. H. diagnostizierte in ihrem Bericht vom 17. Juni 2008 an Dr. C. (Urk. 7/28/23-24) eine akute Zervikalgie/Thorakalgie ohne neuroradikuläre Symptome, segmentale Dysfunktionen C 2/3 und Th 3/4 sowie einen ausgeprägten Hartspann des Muskulus subokzipitalis und des Muskulus levator scapulae beidseits. Es liege nur teilweise ein gutes klinisches Korrelat zwischen den Beschwerden und dem Befund vor, und es bestehe der Verdacht auf eine psychosoziale Überlagerung. Die Behandlung sei befundgemäss erfolgt mit Rücksicht auf die vorliegende

HWS-Situation. Bis jetzt habe leider noch keine signifikante Besserung erreicht werden können. Vermutlich liege eine Schmerzverarbeitungsstörung vor.

4. Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente hat.

4.1

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer ablehnenden Entscheidung gemäss Feststellungsblatt vom 24. August 2009 (Urk. 7/38/1-5) auf den Austrittsbericht der G. ___ vom 5. Dezember 2007 (vgl. Erw. 3.4.1) und den Bericht über die ambulante Untersuchung in der G. ___ vom 5. März 2008 (vgl. Erw. 3.4.2). Nach diesen Berichten zeigte die Beschwerdeführerin bei der klinischen Untersuchung eine aktiv massiv eingeschränkte Beweglichkeit der Schultergelenke beidseits und klagte über diffuse Beschwerden im Bereich der HWS sowie über Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Schlafstörungen. Die Ärzte der G. ___ fanden klinisch-neurologisch keine Hinweise für eine Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems oder eine radikuläre Beteiligung, welche das ausgedehnte Schmerz- und Schonverhalten erklären konnten. Auch das Schädel-TC zeigte unauffällige Befunde. Eine psychiatrische Stellungnahme mit Krankheitswert, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte, konnte nicht festgestellt werden.

4.1.2 Aufgrund der Klagen über die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen wurde während des stationären Aufenthalts eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt, die keine Anhaltspunkte für eine organisch bedingte neuropsychologische Störung ergab (vgl. Urk. 7/28/42-43). Hingegen wies die Neuropsychologin darauf hin, dass die Beschwerdeführerin die notwendige Anstrengungsbereitschaft nicht aufgebracht und das Testverhalten einen stark selbstlimitierenden Charakter aufgewiesen habe.

4.1.3 Die polydisziplinäre Beurteilung durch die Fachärzte der G. ___ ist - wenn es sich auch nicht um eine gutachterliche Beurteilung handelt - sorgfältig abgefasst und stützt sich auf eine über zweimonatige stationäre Behandlung und Beobachtung der Beschwerdeführerin. Namentlich berücksichtigten die Ärzte und die Neuropsychologin die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden umfassend und sie setzten sich mit diesen nach eigenen Untersuchungen auseinander.

4.1.2 Die Angaben in den Berichten der G. ___ wird durch die medizinische Einschätzung von Dr. H. ___ (vgl. Erw. 3.5) gestützt. Diese stellte bei einer akuten Zervikalgie/Thorakalgie ohne neuroradikuläre Symptome, einer segmentalen Dysfunktion C 2/3 und Th 3/4 sowie einem ausgeprägten Hartspann des Muskulus subokzipitalis und des Muskulus levator scapulae beidseits fest, dass zwischen den Beschwerden und dem Befund nur ein teilweise gutes klinisches Korrelat vorliege. Sie riss deshalb den Verdacht auf eine psychosoziale Überlagerung und eine Schmerzverarbeitungsstörung.

4.1.3 Es ist zusammenfassend nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Aktenlage und in Übereinstimmung mit den Ärzten der G. ___ davon ausgeht, dass bei der Beschwerdeführerin ab dem 14. Februar 2008 weder ein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert noch eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist (vgl. Urk. 7/38/4).

H.____ im Bericht vom 17. Juni 2008 (vgl. Erw. 3.5) eine Schmerzverarbeitungsstörung. Eine psychische Gesundheitsstörung mit Krankheitswert wurde indessen nie diagnostiziert. Im Gegenteil verneinten die Ärzte der G.____ das Vorliegen einer psychischen Störung mit Krankheitswert (vgl. Erw. 3.4.1). Insbesondere erachtete Dr. C.____ es nicht als notwendig, für die Beschwerdeführerin eine psychiatrische Behandlung einzuleiten oder zumindest eine psychiatrische Abklärung anzuordnen. Somit kann ohne weitere Abklärungen davon ausgegangen werden, dass bei der Beschwerdeführerin keine psychische Störung mit Krankheitswert vorliegt.

4.4 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Demnach besteht kein Anlass für eine Rückweisung der Streitsache zwecks weiterer medizinischer Abklärungen.

E. 5

5.1 Da die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtspflege erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin in Gutheissung des Gesuchs vom 15. Mai 2010 (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen sowie Rechtsanwalt Eric Stern als unentgeltlichen Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

5.2 Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für die unterliegende Beschwerdeführerin kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 600.-- anzusetzen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

5.3 Der unentgeltliche Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Eric Stern, ist ausgangsgemäss aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Dieser macht in der Kostennote vom 24. September 2010 (Urk. 14) einen Aufwand von 24,3 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 162.70 geltend, wobei darin sowohl der Aufwand betreffend die Einsprache sowie die Beschwerde in Sachen der Beschwerdeführerin gegen die SUVA und der Aufwand für das Vorbescheidverfahren in vorliegender Sache enthalten sind. Aus der Kostennote ist ersichtlich, dass der unentgeltliche Rechtsbeistand für das vorliegende Beschwerdeverfahren 4,25 Stunden aufwendete und Barauslagen Fr. 47.-- hatte. In Anwendung des gerichtsblichen Ansatzes von Fr. 200.-- ist die Entschädigung demnach auf Fr. 965.15 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 12. Mai 2010 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Eric Stern, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Eric Stern, Zürich, wird mit Fr. 965.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Eric Stern
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 14
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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.