

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00851 vom 7. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00851

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00851 du 7 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00851 del 7 settembre 2011

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor (Urk. 2 S. 1 unten).

2.2. Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe ihre Pflichten zur Abklärung von Eingliederungsmöglichkeiten verletzt (S. 11 Ziff. 39). Ferner kommentierte er die angefochtene Verfügung abschnittsweise (S. 12 ff. Ziff. 47 ff.).

2.3. Strittig und zu prägen ist, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, und bejahendenfalls, wie es sich mit den daraus folgenden Leistungsansprüchen verhält.

E. 3

3.1. Am 30. August 2008 erlitt der Beschwerdeführer mit seinem PW einen Auffahrunfall (Urk. 9/6/175). Die Erstbehandlung fand tags darauf am 31. August 2008 im Stadtspital Z. ___ statt, wo eine BWS- und eine HWS-Distorsion diagnostiziert und keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurden (Urk. 9/6/138 Ziff. 1, 5 und 8).

3.2. Dr. med. A. ___, Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte in seinem Bericht vom 17. September 2008 (Urk. 9/6/169) als gegenwärtige Behandlung Physiotherapie sowie Schmerzmedikation (Ziff. 3a) und führte aus, bildgebend sei keine Fraktur festzustellen (Ziff. 3b). Als voraussichtliche Behandlungsdauer nannte er 3-4 Wochen (Ziff. 3d).

3.3. Am 21. Oktober 2008 fand in der Rehaklinik B. ___ ein ambulantes Assessment statt, worüber am 24. Oktober 2008 berichtet wurde (Urk. 9/6/116-125). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1):

Unfall vom 30. August 2008:
Auffahrkollision

Primärdiagnosen: HWS-/BWS-Distorsion
- 26. September 2008 Schädel-MRI (vgl. Urk. 9/6/175-176): keine Hinweise für posttraumatische Veränderungen

- 26. September 2008 HWS-BWS-MRI (vgl. Urk. 9/6/175-176):

o Bandscheibenherniation C3/4 rechts ohne Nervenkompression

o Bandscheibenherniation C5/6 mit möglicher Irritation C6 links

A1 zervikales und thorakales Schmerzsyndrom, am ehesten myofaszial bedingt

A2 aktuell keine Hinweise für neurale Reiz- oder Ausfallzustände

A3 erhebliche Symptomausweitung und Selbstlimitierung mit klarer Verdeutlichungstendenz (DD: Aggravation) bei möglicherweise akzentuierten Persönlichkeitszügen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend wurde eine intensiviertere Therapie unbedingt empfohlen, und ausgeführt, aufgrund der - vorher dargelegten (S. 8 f.) - Beobachtungen im Verhalten sei eine klare Verdeutlichungstendenz der Beschwerden nicht auszuschließen (S. 3 Mitte).

3.4 Ä Ä Ä Ä Vom 10. November bis 23. Dezember 2008 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik B., worüber am 3. Februar 2009 berichtet wurde (Urk. 9/6/32-37). Nunmehr wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä A. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unfall vom 30. August 2008: Auffahrkollision

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Primärdiagnosen: HWS-/BWS-Distorsion
- 26. September 2008 Schädel-MRI: keine Hinweise für posttraumatische Veränderungen

- 26. September 2008 HWS-BWS-MRI:

o Bandscheibenherniation C3/4 rechts ohne Nervenkompression

o Bandscheibenherniation C5/6 mit möglicher Irritation C6 links

A1 zervikales und thorakales Schmerzsyndrom, am ehesten myofaszial bedingt

A2 aktuell keine Hinweise für neurale Reiz- oder Ausfallzustände

A3 erhebliche Symptomausweitung und Selbstlimitierung

B. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä anspruchsvolle, leistungsorientierte Persönlichkeitsmerkmale mit erhöhter Verletzlichkeit

- kein psychopathologisches Korrelat zu evaluieren

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es wurde berichtet, infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte (S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Tätigkeit als LKW-Chauffeur sei, ohne spezielle Einschränkungen, ganztags zumutbar. Die ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit betrage 50 % ab dem 19. Januar 2009. Es werde ein erleichterter Einstieg in die berufliche Tätigkeit empfohlen; bei gutem Heilungsverlauf sei von einer Steigerung der Leistungsfähigkeit auf das volle Pensum innert 2 Monaten auszugehen (S. 2 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einem am 1. Dezember 2008 erfolgten Konsil (vgl. Urk. 9/6/38-39) hätten keine neurologischen Auffälle objektiviert werden können (S. 2 unten). In einer am 9. Dezember 2008 erfolgten neuro-otologischen Untersuchung (vgl. Urk. 9/6/40-42) hätten sich ebenfalls keine Hinweise auf eine zentralnervöse Störung finden lassen (S. 3 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Schreiben vom 15. November 2008 hatte sich der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin über die ihn behandelnde Physiotherapeutin beklagt; ihre Behandlung sei zu grob, zu anforderungsreich und schmerzverstärkend (Urk. 9/6/75-76).

3.5 Ä Ä Ä Ä Am 8. April 2009 berichtete Dr. med. C. über seine am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 9/15/6-9). Als Diagnose nannte er ein posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom mit begleitend Schwankschwindel bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 30. August 2008 (S. 1 Mitte). Befundmäßig berichtete er über eine palpatorisch deutlich verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur auf beiden Seiten, und keine neurologischen Auffälle (S. 2).

3.6 Ä Ä Ä Ä Am 2. Juni 2009 berichtete Prof. Dr. med. D., FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, über seine am 30. April 2009 erfolgte konsiliarische Untersuchung (Urk. 9/16/5-16). Dabei nannte er die folgenden hauptsächlichen Diagnosen und Probleme (S. 1 f.):

- ausgeprägter schmerzhafter und durch mechanische Belastungen zusätzlich irritierbarer ligamentärer Irritationszustand insbesondere der dorsalen Längs-Strukturen der gesamten HWS sowie BWS mit dem Zentrum innerhalb des cervikothorakalen Übergangs (Nacken im engeren Sinne)

- typische kombiniert-myo-tendinotisch-myofaszial-cervikogene Kopfschmerzen occipitotemporo- >parietal

- pseudoneurasthenisches Syndrom (F 06.6)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Wiedergabe anamnestischer Angaben (S. 2 f.), Schilderung des derzeitigen Beschwerdebilds (S. 3 ff.) und der erhobenen Befunde (S. 5 ff.) formuliert Prof. D. therapeutische Empfehlungen (S. 9 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beurteilung führte Prof. D. aus, eine 1995 erlittene Kontusion beziehungsweise Prellung des Kreuzbeins könnte, trotz vollschichtiger und beschwerdefreier Arbeit über 10 Jahre, innerhalb des zentralen Schmerzsystems eine gewisse Erinnerung an damalige Prozesse innerhalb des Schmerzsystems zurückgelassen haben und damit einen gewissen Risikofaktor für das Chronischwerden der späteren Schmerzzustände dargestellt haben (S. 10).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Unfall vom 30. August 2008 sei biomechanisch-pathophysiologisch über eine gewöhnliche HWS-Distorsion hinausgegangen, indem von allem Anfang an die gesamte BWS sowie die HWS von der Distorsion beziehungsweise Erschütterung betroffen gewesen seien und noch heute Ursache des Beschwerde- und Dysfunktionsbildes sei. Diese Mitbeteiligung der gesamten BWS in Ergänzung zur HWS samt cervikothorakalem Übergang sei für das Verständnis des Schmerzbildes und die negativen Reaktionen auf die bisherigen Therapien von entscheidender Bedeutung. Heute stehe ein ligamentärer Schmerz- und Irritationszustand sämtlicher bindegewebig-ligamentären Strukturen im Dorsalbereich der BWS und der HWS im Zentrum (S. 10 unten).

3.7 Ä Ä Ä Ä Dr. A. berichtete am 15. Juni 2009, es fänden Physiotherapie und monatliche Konsultationen bei ihm statt (9/17/3 Ziff. 3a und 3c). In einem Bericht vom 30. Juni 2009 an die Invalidenversicherung (Urk. 9/18/24-27) führte er aus, die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar (Ziff. 1.7); sitzende, stehende und

wechselbelastende Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer für je eine Stunde pro Tag zumutbar, ohne Lastentragen oder Kopfdrehungen, mit einer schrittweisen Steigerung (S. 5).

Vom 20. Juli bis 15. August 2009 weilte der Beschwerdeführer zu einem Rehabilitationsaufenthalt in seinem Heimatland (Urk. 9/18/7-10).

Am 12. November 2009 berichtete Kreisarzt Dr. med. E. ____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, über seine am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 9/20).

Anamnestisch hielt der Kreisarzt nebst den medizinischen Akten einen eintägigen Arbeitsversuch am 19. Januar 2009 (vgl. Urk. 9/6/19) und einen am zweiten Tag abgebrochenen Arbeitsversuch am 16./17. März 2009 (vgl. Urk. 9/15/19-20) fest (S. 3).

Weiter führte er aus, der Beschwerdeführer berichte über eine eingetretene Besserung der lumbalen Beschwerden, jedoch unveränderte Beschwerden im Nackenbereich und im Hinterkopf (S. 4 Ziff. 3).

Bei der klinischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer bei eigentlich jedem Untersuchungsschritt Schmerzen entweder lumbal oder im Nacken-Kopf-Bereich angegeben (S. 5 Ziff. 4).

In seiner Beurteilung führte der Kreisarzt aus, die bildgebende Abklärung habe keine strukturelle Läsion darzustellen vermocht; die gefundenen Diskushernien könnten nicht als Folge des Traumas vom 30. August 2008 gewertet werden (S. 7 unten). Die lumbalen Beschwerden seien mit über halbjähriger Distanz zum Unfallereignis beim zweiten Arbeitsversuch aufgetreten, eine Unfallkausalität sei damit ausgeschlossen (S. 8 oben).

Der von Prof. D. __ postulierte ligamentäre Irritationszustand sei nicht mit einer strukturellen Schädigung gleichzusetzen und entspreche einem Erklärungsmodell, das in der klassischen Medizin weder verbreitet noch anerkannt sei (S. 8).

Bei - ausser bezogen auf die lumbalen Beschwerden - bisher erfolglosen therapeutischen Vorkehren (wobei einem Erfolg auch das schonende, schmerzvermeidende Therapiekonzept des Beschwerdeführers entgegenstehe) erscheine der Zustand stabil bezüglich der heute im Vordergrund stehenden und die Arbeitsfähigkeit subjektiv unfallkausal verhindernden Kopf- und Nackenbeschwerden mit Ausstrahlung in die obere BWS (S. 8 Mitte).

Am 21. Dezember 2010 nahm Prof. D. __ zum Kreisarztbericht Stellung (Urk. 9/30). Unter anderem bemerkte er, die zugegebenermassen etwas komplizierte Hauptdiagnose werde vom Kreisarzt als in der klassischen Medizin nicht verbreitetes und nicht anerkanntes Erklärungsmodell bezeichnet. In seinen Befunden beschreibe der Kreisarzt trotzdem zahlreiche zu diesem Modell führende Befunde (S. 2 oben).

In einem Überweisungsschreiben zur stationären Rehabilitation vom 29. Juli 2010 führte Prof. D. __ die bereits genannten Diagnosen und Probleme auf (Urk. 3).

3.11 In einem Bericht vom 4. August 2010 (Urk. 5/2/1) führten die Ärztinnen des Sanatoriums F. auf Anfrage des Taggeldversicherers (Urk. 5/2/2) aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 8. März 2010 bei ihnen in ambulant-psychiatrischer Behandlung (Ziff. 4). Als Diagnosen nannten sie (Ziff. 1):

- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21)

DD: Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände (Z60.0)

mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11)

- Belastung, nicht andersorts klassifizierbar (Z73.3)

Aktenanamnestisch erwähnten sie ferner ein zerviko- und thorakovertebrales Syndrom mit kombiniert myotendinotisch-myofaszial-zervikogenen Kopfschmerzen, DD somatoforme Schmerzstörung (Ziff. 1).

Der Beschwerdeführer sei aktuell als Lastwagenfahrer (Ziff. 2) und in anderen Tätigkeiten (Ziff. 3) nicht arbeitsfähig.

E. 4

4.1 Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer rund zwei Jahre nach dem erlittenen Auffahrunfall mit HWS-Distorsion an persistierenden Kopf- und Nackenbeschwerden leidet, die der nachvollziehbaren kreisärztlichen Beurteilung gemäss nicht durch eine strukturelle Schädigung verursacht werden, mithin ohne objektivierbares organisches Korrelat sind.

Es handelt sich damit um ein Krankheitsbild, bei dem gemäss BGE 136 V 279 anhand der Überwindbarkeitsrechtsprechung zu beurteilen ist, inwiefern seine Auswirkungen versicherungsrechtlich relevant sind (vorstehend E. 1.2).

4.2 In nicht-somatischer Hinsicht wurde bis zur Aufnahme einer ambulant-psychiatrischen Behandlung im März 2010 von nicht näher ausgeführter Intensität (vorstehend E. 3.11) von einer erheblichen Symptomausweitung und Selbstlimitierung mit klarer Verdeutlichungstendenz (DD: Aggravation) bei möglicherweise akzentuierten Persönlichkeitszügen (vorstehend E. 3.3) beziehungsweise von anspruchsvollen, leistungsorientierten Persönlichkeitsmerkmalen mit erhöhter Verletzlichkeit ohne psychopathologisches Korrelat (vorstehend E. 3.4) beziehungsweise von einem pseudoneurasthenischen Syndrom (vorstehend E. 3.6) berichtet.

Im August 2010 wurden sodann eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und eine andersorts nicht klassifizierbare Belastung (Z73.3) diagnostiziert. Als Differentialdiagnose zur Anpassungsstörung wurden unter anderem Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände (Z60.0) genannt.

Bei den Z-Kodierungen gemäss ICD-10 handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Sie sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A-Y klassifizierbar sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2010 vom 15. November 2010, E. 5.2.4; SVR 2008 IV Nr. 15 E. 2.2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_570/2008 vom 4. Mai 2009 E. 4.2.5).

Vor diesem Hintergrund ist offensichtlich, dass nicht von einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer im Sinne der einschlägigen Rechtsprechung gesprochen werden kann, so dass die zusätzlichen Kriterien zu prüfen sind.

4.3 Neben der Kopf- und Nackenschmerzproblematik - deren Relevanz zu prüfen ist - bestehen keine chronischen körperlichen Begleiterkrankungen, und der Krankheitsverlauf kann nicht als mehrjährig, chronifiziert, mit unveränderter oder gar progredienter Symptomatik, charakterisiert werden.

Ein primärer Krankheitsgewinn ist nicht zu erkennen, fehlt es doch (angesichts dessen, dass bis vor kurzem keine Psychopathologie zu diagnostizieren gewesen ist) an einer innerseelischen Konfliktlage, deren Ausdruck das Schmerzempfinden sein könnte.

Die Behandlung besteht ausweislich der Akten weitgehend aus Physiotherapie, und im Zusammenhang mit dem einmaligen Rehabilitationsaufenthalt im November/Dezember 2008 wurde von erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz berichtet (vorstehend E. 3.4). Damit kann nicht von einem Scheitern der Behandlung auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz trotz kooperativer Haltung gesprochen werden.

Betreffend einen allfälligen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens enthalten die Akten keine Angaben. Dies fällt jedoch nicht ins Gewicht, wie bereits die Prüfung aller anderen Kriterien zeigt, die allesamt klar nicht erfüllt sind. Damit ist auch unabhängig von der Frage des sozialen Rückzugs eine Ausnahme von der zu vermutenden Überwindbarkeit der sich aus der Schmerzproblematik ergebenden Beeinträchtigungen zu verneinen.

4.4 Somit bleibt zusammenfassend festzuhalten, dass die Beeinträchtigungen, welche sich aus der vom Beschwerdeführer erlebten Schmerzproblematik ergeben, als zumutbarerweise überwindbar und damit versicherungsrechtlich unbeachtlich zu beurteilen sind, da weder eine psychische Komorbidität der erforderlichen Intensität gegeben ist noch die alternativen Kriterien erfüllt sind.

Die Beschwerdegegnerin hat somit richtigerweise das Vorliegen einer versicherungsrelevanten Beeinträchtigung verneint.

Die angefochtene Verfügung ist deshalb zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

E. 5

5.1 Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf Art. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

5.2 Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat mit Honorarnote vom 23. August 2011 einen Aufwand von 7.25 Stunden und Barauslagen von Fr. 33.25 geltend gemacht (Urk. 12/2). Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist er mit Fr. 1'496.-- (inklusive Barauslagen und

Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â

Das Gericht erkennt:

1.Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.Â Â Â Â Â Â Â Â Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Â§ 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3.Â Â Â Â Â Â Â Â Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt George Hunziker, Zürich, wird mit Fr. 1'596.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Â§ 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4.Â Â Â Â Â Â Â Â Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt George Hunziker
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5.Â Â Â Â Â Â Â Â 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).

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â

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

Â Â Â Â Â Â Â Â 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.