

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00396 vom 24. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00396

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00396 du 24 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00396 del 24 settembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2008 und am 1. Januar 2012 sind die im Zuge der Revisionen 5 und 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten.

In materiell rechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 7. März 2012 – und somit nach Inkrafttreten der Revisionen 5 und 6a – ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat.

Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen, für die Zeit ab 1. Januar 2008 bis 31.

Dezember 2011 auf die nach der 5. IV-Revision (AS 2007 5129 ff.) gelten den Bestimmungen und ab dem 1. Januar 2012 auf die neuen Normen der IV Revision 6a abzustellen (vgl. zur 5. IV-Revision: Urteil des Bundesgerichts 8C_829/2008 vom 23. Dezember 2008 E. 2.1). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen – soweit nichts anderes vermerkt ist – in der ab 2012 geltenden Fassung zitiert.

E. 1.2

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 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 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 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Mit BGE 137 V 210

hat das Bundesgericht die rechtsstaatlichen Anforderungen an die Einholung von MEDAS-Gutachten durch die Invalidenversicherung neu konkretisiert. Nach alten Regeln eingeholte Gutachten büssen deswegen allerdings nicht ungeachtet ihrer jeweiligen Überzeugungskraft den Beweiswert ein (BGE 137 V 210 E. 6 Ingress). Dem Umstand, dass ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten eine massgebende Entscheidungsgrundlage bildet, ist bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen (Urteil des Bundesgerichts 9C_495/2012 vom 4. Oktober 2012 E. 2.2 und E. 2.3 mit Hinweisen). 1.

E. 6

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E.

4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen

Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 f. E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). 2.

Seitens des Beschwerdeführers wird zu Recht beanstandet (Urk. 1 S. 4), dass in den Erwägungen der angefochtenen Verfügung mehrmals anstelle des Namens des Versicherten der Textausschnitt „Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.“ erscheint (Urk. 2,

Verfügungsteil 2, S. 2). Dieser Fehler beeinträchtigt zwar die Lesbarkeit,

ist aber nicht als Verletzung der Begründungspflicht (Art. 49 Abs. 3 ATSG) zu qualifizieren. Die Ausführungen waren für den rechtsanwaltlich vertretenen Beschwerdeführer trotz dem verständlich,

zumal die Verfügung in ihrem Wortlaut mit dem Vorbescheid vom 12. April 2011 identisch ist (Urk. 8/84). 3.3.1

Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer ab 2

E. 8

. August 2003 sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in angepassten Tätigkeiten voll arbeitsunfähig war und ihm somit nach Ablauf des Wartjahres (27. August 2004) ab 1. August 2004 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zustand.

Streitig und zu prüfen ist hingegen der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente ab dem 1. September 2005. 3.2

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Rentenbefristung (bis zum 31. August 2005) damit, dass dem Versicherten ab Juni 2005 eine mit dem Tragen eines Katheters vereinbare Tätigkeit wieder zu 100% zumutbar gewesen sei. Seit September 2006 bestehe im Übrigen auch für die angestammte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Ferner nahm die Beschwerdegegnerin

in ihrer Verfügung zum neuen Bericht der D.____ vom 25. Oktober 2011 Stellung. 3.3

Demgegenüber macht er der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin führe an keiner Stelle aus, gestützt auf welche Unterlagen sie ab Juni 2005 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausgehe. Aus den Akten ergebe sich, dass auch noch nach Juni 2005 diverse Spitalaufenthalte aufgrund seines urologischen Problems erfolgt seien

und dass sich diese Symptomatik nicht gebessert habe (S. 3 f.). Ferner stellt er sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass auf das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS

A.____ nicht abgestellt werden könne. Der begutachtende Psychiater sei offensichtlich subjektiv voreingenommen gewesen und es lägen eindeutige Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. C.____

und der D.____ vor, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gestützt auf die psychischen Beschwerden verneinten (S. 4 ff.). 4.4.1

Die Erstversorgung nach dem Arbeitsunfall vom 28. August 2003 erfolgte im Y.____, wo der Beschwerdeführer bis zum 2. September 2003 in der Klinik für Unfallchirurgie stationär in Behandlung war. Gemäss Austrittsbericht vom 4. September 2003 (Urk. 8/9/42) diagnostizierten die Ärzte eine Commotio Cerebri, eine Distorsion der Halswirbelsäule sowie Kontusionen im Bereich der Lendenwirbelsäule, des Beckens und beider Fersenbeine nach dem Sturz aus drei Metern Höhe auf die Füße mit initialer Bewusstlosigkeit. Die neurologische Überwachung habe sich bei 15 Punkten auf der Glasgow Coma

Scale (GCS) problemlos gestaltet. In der CT-Diagnostik (Schädel, Thorax, Abdomen, Wirbelsäule sowie Becken) hätten sich keine Anhaltspunkte für frische Läsionen ergeben. Die Y.____-Ärzte empfahlen unter potenter Analgesie die allmähliche Mobilisation nach Massgabe der Beschwerden. Die Arbeitsunfähigkeit dauere voraussichtlich bis am 10. September 2003. 4.2

Nach einem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik E.____ vom 4. Februar bis 3. März 2004 stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom 26. März 2004 (Urk. 8/9/19-22) fest, es habe wegen selbstlimitierenden Verhaltens und der im Vordergrund stehenden Miktionsbeschwerden – welche zu ständigen Unterbrüchen der Therapien geführt hätten – keine relevante Verbesserung der Belastbarkeit erreicht werden können. Diagnostiziert wurden zum einen ein Harnverhalten mit Retentionsblase und eine schmerzhaft Pollakisurie bei Verdacht auf Prostatahypertrophie. Zum anderen hielten die Ärzte fest, dass der Versicherte als Folgen des Unfalls vom 28. August 2003 an einer undifferenzierten Somatisierungsstörung mit möglicher erlebnisreaktiver Komponente auf das Unfallgeschehen, an

Angst und depressiver Störung gemischt sowie an einem lumbal und zervikal betonten Panvertebralsyndrom leide.

Sie empfahlen, die urologischen Beschwerden weiter abzuklären. Ferner wiesen sie darauf hin, dass sich während des stationären Aufenthaltes der psychische Leidensdruck mit latenter Suizidalität verstärkt habe.

Ohne Berücksichtigung der urologischen Problematik erachteten die Ärzte eine angepasste Tätigkeit ganztags beziehungsweise unter zusätzlicher Berücksichtigung der psychiatrischen Problematik mindestens halbtags als zumutbar. 4.3

Am 13. August 2004 attestierte Dr. F.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch für Tätigkeiten in leichtem Umfang vom 28. August 2003 bis auf weiteres (Urk. 8/7). 4.4

Am 25. August 2004 (Urk. 8/18/26) hielten die Ärzte der Urologischen Klinik des Spitals G.____ fest, aus urologischer Sicht habe nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. 4.5

Der Kreisarzt der SUVA, Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, kam am 18. Februar 2005 zum Schluss, dass aktuell keine Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 8/18/4-8). 4.6

Der Psychiater Dr. med. C.____ teilte der SUVA am

E. 11

Juli 2005 mit (Urk.

8/21/34-36) , der Versicherte stehe sei dem 24. März 2004 in seiner Behandlung. Er stelle die folgenden Diagnosen: - Anpassungsstörung (Angst und depressive Reaktion sowie soziale Isolation [ICD10 F43.25]) nach einem Arbeitsunfall am 28. August 2003 - Postcommotionelles Syndrom (ICD 10 F07.2) - Kontusion im Bereich der Lendenwirbelsäule und beider Fersen - Halswirbelsäulen-Distorsion

Gegenüber Dr. C.____ hatte der Versicherte zum Unfall vom 28. August 2003 erklärt, er sei vier Meter tief gestürzt und mit dem Kopf und der Kreuzgegend auf dem Beton aufgeschlagen. Dr. C.____ berichtete weiter, d er etwas älter aus sehende Versicherte wirke schon auf den erste n Blick sehr niedergeschlagen und ängstlich. Er bewege sich langsamer, wirke im ganzen Körper verkrampft und habe einen leidenden Ausdruck im Gesicht. Der Versicherte ziehe sich ganz zurück, weil er die Anwesenheit von niemandem ertrage. Durch die bisherige Therapie habe sich der Zustand kaum verändert . Die Beschwerden seien gleich geblieben. Auch im Alltag sei der Versicherte beim Duschen und Anziehen der Socken auf die Hilfe der Ehefrau angewiesen. Er könne auch nur kürzere Strecken problemlos gehen. Am 8. September 2006 bestätigte Dr. C.____ (Urk.

8/24/16-17), a us psychiatrischer Sicht halte er den Versicherten nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig. 4 . 7

Die Ärzte des Paraplegikerzentrums

I.____ berichteten am 15. Juli 2005, sie könnten die Beschwerden des Versicherten nicht objektivieren. Sie würden es vorderhand mit einer D auerkathetereinlage m it offener Ableitung versuchen (Urk. 8/21/19). Am 1. September 2005 stellten die Ärzte die Diagnose eine s

chro nic

pe l vic

pain-Syndrom es unklarer Ätiologie bei Status nach Rückenverletzung (Urk. 8/21/21). 4 . 8

Am 1. Dezember 2005 berichteten die Ärzte der Urologischen Klinik und Polikli nik des Y.____ (Urk. 8/21/13-14) , beim Patienten best ü nden persistierend erhebliche Restharmengen über 200 ml unkl a rer Äti ologie. Sie empfahlen ihm eine Urinableitung durch Dauerkatheter. 4 . 9

In einem (im MEDAS-Gutachten zitierten) Bericht vom

E. 14

September 2006 im Spital G.____

berichtete der Beschwerdeführer aber noch über seine Mühe mit dem Katheter. Im ärztli chen Zwischenbericht vom

E. 15

Dezember 2006 wird festgehalten, der Versi cherte trage aktuell keinen Katheter mehr (vgl. E. 4.9 hievor). In späteren Berichten wird der Katheter nicht mehr thematisiert.

Der genaue Zeitpunkt der Entfernung kann letztlich offen bleiben, da sich aus den

kathe terbedingten Einschränkungen – wie die nach folgenden Ausführungen zeigen (vgl. E. 6.1 nachstehend) – kein Anspruch auf eine Invalidenrente ergibt . 5.9

Die MEDAS-Gutachter begründeten den von ihnen angenommenen Zeitpunkt (Juni 2005), in dem nach dem Unfall – mit Ausnahme der katheterbedingten Einschränkungen – wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe, mit dem während der Observation gezeigten Verhalten. Dies ist ebenfalls plausibel. 6 . 1

Ab 1. Juni 2005 war en

dem Beschwerdeführer nach dem Gesagten alle mit dem Tragen eines Dauerkatheters vereinbare n Tätigkeiten wieder zumutbar, weshalb die Beschwerdegegnerin einen Einkommensvergleich auf diesen Zeitpunkt hin vorgenommen hat. Validen- und Invalideneinkommen (Fr. 64'317.-- und Fr. 59'197.--) sind unbestritten und geben zu keinen Bemerkungen Anlass. Die durch den Dauerkatheter bedingten Einschränkungen berücksichtigte die Beschwerdegegnerin mit einem Abzug von 5 %

vom

gestützt auf die Lohn strukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik ermittelten Invalidenein kommen

(zum leidensbedingten Abzug vgl.

etwa

Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2012

vom 7. März 2013 E. 3.1; zum Ganzen BGE 126 V 75). Ob bzw. in welcher Höhe ein Abzug angesichts der katheterbedingten Einschränkungen angemessen ist, kann offen bleiben, da auch bei einem maximalen Abzug von 25 % – und somit einem Invalideneinkommen von Fr. 44 ' 398 .-- – der Invaliditätsgrad unter der renten begründenden Grenze von 40 % liegen würde (31 %).

6 . 2

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Verfügung vom 7. März 2012, wonach der Beschwerdeführer vom 1. August 2004 bis 31. August 2005 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine ganze Rente und anschliessend keinen Rentenanspruch mehr hat, rechtens ist. Die Beschwerde ist somit abzuweisen. 7 .

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft gestellt.

3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Kristina Herenda - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv 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 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub-Oertli AN/TO/MP versandt

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