

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00958 vom 12. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00958](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00958)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00958 du 12 août 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00958 del 12 agosto 2015

## Erwägungen

### E. 1.1

). Hinweise für eine eigenständige psychische Störung fänden sich nicht (S. 24 unten, S. 26 Ziff. 3.2). Es liege ein sekundärer Krankheitsgewinn vor, welcher zur subjektiven Überzeugung völliger Leistungsunfähigkeit geführt habe. Diese lasse sich ärztlicherseits nicht in diesem Ausmass objektivieren beziehungsweise begründen (S. 26 oben).

Tätigkeiten ausschliesslich im Stehen oder Stehen und Gehen kämen dauerhaft nicht mehr in Frage. Eine Tätigkeit mit überwiegend sitzender Körperhaltung sei problemlos möglich. Es sollte eine physiotherapeutische Behandlung durchgeführt werden, um die Dekonditionierung im Halte- und Bewegungssystem zu stoppen. Zudem bedürfe die Beschwerdeführerin wahrscheinlich einer gewissen psychagogischen Führung mit familientherapeutisch orientiertem Konzept, um die Mechanismen des sekundären Krankheitsgewinns behutsam zu lösen. Auch sei ein medikamentöses Behandlungskonzept notwendig (S.

25 Mitte). Erfahrungen gemäss würden sich die Therapieerfolge erst nach geraumer Zeit einstellen.

Die Ärzte gingen deshalb davon aus, dass die Beschwerdeführerin erst im Verlauf der nächsten 2 Jahre eine erhebliche Verbesserung erfahre. Für diesen Zeitraum liege ihr Leistungsvermögen aufgrund der chronischen Schmerzen selbst in einer angepassten Tätigkeit bei 70 % und lasse sich sodann wahrscheinlich auf 90 % steigern (S.

25 unten, S.

26 Ziff. 2). Eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit sei wegen des ständigen Stehens und Gehens nicht mehr zumutbar (S. 26 Ziff. 3.1, S. 27 Ziff. 3.4). 3.3

Die Ärzte des Zentrums A.\_\_\_\_ erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie am 2. April 2010 (Urk. 6/87) und führten folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 41 Ziff. 6.1): - chronische, therapierefraktäre Fusschmerzen links mit/bei: - Status nach Vorfussquetschung mit Querfraktur der Basis des Os Metatarsale Dig. II am 13. Dezember 2003 (richtig: 2002) - sekundärer Schmerzausdehnung auf die gesamte linke Körperhälfte - myofaszialer Komponente

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gaben sie Folgendes an (S. 41 Ziff. 6.2): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - multifaktorielle Kopfschmerzen mit/bei: - chronischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp - Verdacht auf chronische Migräne - myofaszialer Komponente - Dysthymia (ICD-10 F34.1)

Die internistische Untersuchung sei altersentsprechend normal gewesen (S. 46 oben). Aus rheumatologischer Sicht hätten in der klinischen Untersuchung keine eindeutigen Zeichen für das Vorliegen eines CRPS II objektiviert werden können. Anzumerken sei, dass sich trotz der ausgeprägten Schmerzen und anamnestischer Belastungsintoleranz des linken Beines keine muskulären Atrophien oder Differenzen der Fussbeschleunigung fänden. Aufgrund der schmerzbedingten

Belastungseinschränkung sei der Beschwerdeführerin zum jetzigen Zeitpunkt aus rheumatologischer Sicht keine vorwiegend mittelschwere bis schwere Tätigkeit zumutbar. In einer behinderungsangepassten, körperlich leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (S. 46 Mitte). Die neurologische Untersuchung ergebe keinen sicheren oder wahrscheinlichen Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem. Der erhobene Befund sowie die klinischen und apparativen Voruntersuchungen ergäben insbesondere keinen sicheren Anhalt für ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (S.

46 unten). Aus psychiatrischer Sicht müsse von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ausgegangen werden. Dafür spreche, dass man den Schmerz nicht ganz alleine mit einem körperlichen Prozess begründen könne und dass der Schmerz in Verbindung mit schwerwiegenden emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen aufgetreten sei (S. 47 unten). Es müsse weiter davon ausgegangen werden, dass bei der Beschwerdeführerin eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) vorliege. Die diagnostischen Kriterien für eine depressive Episode seien nicht erfüllt. So zeige die Beschwerdeführerin in der Untersuchung keine Ermüdungszeichen und keine Gedächtnisstörungen. Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht für eine Tätigkeit, die ihre eher eingeschränkten sozialen Ressourcen (mangelnde deutsche Sprachfähigkeit) berücksichtige, zu 100% arbeitsfähig (S. 48 oben). 3.4

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erachtete das Gutachten des Zentrums A.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 23. Juni 2010 (Urk. 6/89) als derart mangelhaft, dass nicht darauf abgestellt werden könne. Dabei führte er aus, dass Angaben zu Persönlichkeit, Persönlichkeitsstruktur, Ressourcen und Vulnerabilität unverzichtbare Bestandteile eines jeden psychiatrischen Gutachtens seien und diese fehlen würden (S. 1). Weiter würde sich der argumentative Umfang mit den abweichenden Vordiagnosen auf bloße Negation beschränken oder Widerspruchsfreiheit

postulieren. Er vermissem im Gutachten zudem die kritische Auseinandersetzung mit dem Krankheitsverlauf und den bisherigen therapeutischen Bemühungen. Auch sei der psychopathologische Befund für ein psychiatrisches Gutachten dürftig ausgefallen (S.

2). Beschwerden und Befunde würden vermischt. Auch hätten körperliche Befunde im Kapitel Psychopathologie nichts zu suchen. Schliesslich sei die Untersuchung nicht umfassend genug. Es würden Angaben zur Untersuchung und zur Person des Dolmetschers fehlen. Zu letzt sei die fehlende Sorgfalt zu erwähnen, die sich im sprachlichen Ausdruck mit vielen Fehlern zeigen würde (S. 3). 3.5

Die Ärzte des Zentrums A.\_\_\_\_ nahmen am 2. August 2010 (Urk. 6/93) Stellung zur Kritik des behandelnden Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_. Dabei führten die Ärzte aus, dass die vorhandenen Ressourcen beschrieben worden seien. Die Beschwerdeführerin könne für sich schauen und auch für ihre Problematiken eintreten. Ebenso sei sie in ein familiäres

Netz eingebettet und sehe am Abend fern , so dass sie bewusst Kontakte zur Aussenwelt herstelle (S.

1 Ziff. 1). Die Beschwerdeführerin habe weiter den Eindruck, dass ihr die psychiatrische Behandlung helfe. Dies sei ein Zeichen dafür , dass das psychiatrische Geschehen nicht unüberwindbar sei. Es seien somit weder ein unüberwindbarer Krankheitsverlauf noch die Beck'sche kognitive depressive Triade gegeben (S.

1 f. Ziff. 2). Die Ärzte führten weiter aus, sie hätten ganz klar anhand der Symptomliste des ICD-10 dargestellt, weshalb die Beschwerdeführerin zwar eine Dysthymia aber keine depressive Episode aufweise (S. 2 Ziff. 3). Da sie davon ausgehen würden, dass die Arbeitsfähigkeit zu 100 % gegeben sei, müsse auch nicht begründet werden, weshalb es nicht gelingen sei, das Leiden zu mindern und die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen . Es stimme zwar , dass Beschwerden und Befunde vermischt worden seien, dies habe aber auf die Beurteilung keinen Einfluss. Die dargestellten körperlichen Befunde seien vegetative Befunde und hätten somit in der Psychopathologie sehr wohl etwas zu suchen (S.

2 Ziff. 4). Schliesslich habe die Untersuchungszeit gereicht, da der Dolmetscher sehr effizient übersetzt habe. Es sei auch kein Mangel am Gutachten, wenn der Name des Dolmetschers und dessen Hintergrund nicht angegeben worden seien . Bei einem professionellen Dolmetscher hätten das Geschlecht, die Religion und sonstige Sachen keinen Einfluss (S.

3 Ziff. 4). 3.6

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, gab mit Bericht vom 16. November 2010 ( Urk. 6/107/28-31) an, dass er die Beschwerdeführerin seit März 2006 behandle (S. 2 Ziff. 1.2) und führte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf (S.

1 Ziff. 1.1): - Depression - chronisches therapieresistentes Schmerzsyndrom der linken Körperhälfte mit/bei - Status nach Arbeitsunfall im Dezember 2002 mit ausgedehnter Weichteilquetschung , Fraktur des Os metatarsale II links - posttraumatischem Verdacht auf CRPS - multifaktorielle Kopfschmerzen mit/bei - chronischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp - Verdacht auf chronische Migräne - Medikamentenübergebrauch induzierter Kopfschmerzkomponente nicht ausgeschlossen - nicht unerhebliche r Komponente im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndroms der linken Körperhälfte - Depression

Angesichts der bisherigen Therapieresistenz in den letzten Jahren bestehe eine sehr schlechte Prognose bezüglich einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie einer beruflichen Reintegration (S.

3 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin könne seit dem Unfall im Jahr 2002 nicht mehr arbeiten (S. 3 Ziff. 1.6). Aufgrund der linksbetonten generalisierten Schmerzen könne die Beschwerdeführerin ihren Haushalt nicht versorgen. Eine leichte berufliche Tätigkeit sei auch deswegen nicht zumutbar (S.

4 Ziff. 1.7). Die Wiederaufnahme einer - auch leichten - Tätigkeit sei medizinisch nicht vertretbar und unrealistisch (S.

4 Ziff. 1.9). 3.

## **E. 1.2**

Am 2. April 2013 meldete sich die Versicherte unter Beilage eines Arztberichtes neu bei der Invalidenversicherung an ( Urk. 6/13 0-13 1). Nachdem die Versicherte weitere Arztberichte ( Urk. 6/135) eingereicht hatte, veranlasste die IV-Stelle bei dem Institut B.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten, welches am 20. Januar 2014 erstattet wurde ( Urk. 6/147 ).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 6/154, Urk. 6/157, Urk. 6/160, Urk. 6/166-167) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 14. August 2014 ( Urk. 6/169 = Urk. 2) einen Rentenanspruch.

Die Versicherte erhob am 18. September 2014 Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. August 2014 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Verschlechterung erneut zu prüfen, wobei nicht auf das bemängelte Gutachten abzustellen sei. Die Rente sei unter Einbezug der massgeblichen Veränderungen neu zu berechnen, und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eventualiter sei eine neue Begutachtung zu veranlassen ( Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 24. Oktober 2014 ( Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 3. November 2014 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 6**

, Urk. 6/20, Urk. 6/26, Urk. 6/28, Urk. 6/32, Urk. 6/40, Urk. 6/55, Urk. 6/57, Urk. 6/70, Urk. 6/74, Urk. 6/82, Urk. 6/85-86) ab,

zog die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA, Urk. 6/4, Urk. 6/68, Urk. 6/84)

bei und veranlasste insbesondere eine interdisziplinäre Begutachtung bei der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS), über welche am 13. November 2008 berichtet wurde ( Urk. 6/51), sowie eine interdisziplinäre Begutachtung beim Zentrum A.\_\_\_\_, über welche am 2. April 2010 berichtet wurde ( Urk. 6/87).

Nach weiteren Abklärungen der medizinischen Situation ( Urk. 6/89, Urk. 6/91, Urk. 6/93, Urk. 6/107, Urk. 6/109, Urk. 6/114) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. Mai 2011 ( Urk. 6/116) einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

#### **E. 7**

Ziff. 4.3.5). 4.4

Die Ärzte des Instituts B.\_\_\_\_ beantworteten mit Schreiben vom 20. Februar 2014 ( Urk. 6/150) die von der Beschwerdegegnerin gestellten Zusatzfragen dahingehend, dass aus psychiatrischer Sicht von Dezember 2002 bis Juni 2003 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Ab Juli 2003 könne aus psychiatrischer Sicht in einer leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestiert werden. Auch im Haushalt habe ab diesem Zeitpunkt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestanden (S.

1). Die Beschwerdeführerin sei während 13 Tagen im Sanatorium F.\_\_\_\_ behandelt worden. Daraus könne geschlossen werden, dass sich die damals diagnostizierte schwere depressive Episode rasch zurückgebildet habe. Ansonsten wäre es kaum möglich gewesen, die Beschwerdeführerin bereits nach 13 Tagen wieder zu entlassen. Die Diagnose einer schweren depressiven Episode, wie sie vom Zentrum C.\_\_\_\_ gestellt worden sei, könne nicht nachvollzogen werden. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung hätten keine

eigentlichen depressiven Symptome festgestellt werden können (S. 2). 4.5

Dr. med. Dr. rer. pol. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), empfahl mit Stellungnahme vom 21. März 2014 sowohl in Bezug auf die Diagnosen als auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vollumfänglich auf das Gutachten des

Instituts B.\_\_\_\_ abzustellen (Urk. 6/153 S. 3). 4.6

Die Ärzte des Zentrums C.\_\_\_\_ nahmen mit Schreiben vom 25. April 2014 (Urk. 6/166) Stellung zum Gutachten des Instituts B.\_\_\_\_.

Dabei gaben sie an, dass ihre Ausführungen weder ein Parteigutachten, ein Arztbrief oder ein sonstiger Versuch, den Zustand der Beschwerdeführerin objektiv zu erfassen, darstellen würden. Es würden viel mehr

so deutliche Mängel an der Beweisführung im Gutachten aufgezeigt, dass auf ein solches Gutachten nicht abgestellt werden könne (S.

2 Ziff. 3). Das Gutachten sei nicht vollständig und objektiv, fehle bei den wichtigsten Vordokumentationen doch der Bericht der interdisziplinären Schmerzbehandlung des Zentrums C.\_\_\_\_

vom 19. November 2012 (S.

2 Ziff. 5). Die Beschwerden seien sehr oberflächlich aufgenommen. Es gehe auch völlig an der Realität vorbei, wenn ein reichhaltiges soziales, von interessenprägtes Leben beschrieben werde (S.

2 Ziff. 6). Alle „Langzeitbehandler“ hätten bisher eine mittelgradige bis schwere Depression attestiert. Immerhin habe 2009 ein schwerer Suizidversuch stattgefunden (S.

3 Ziff. 7). Weiter lägen – die näher aufgelisteten – Gründe für die Diagnose einer schweren Depression vor (S. 3 Ziff. 8). Zudem gehe das Gutachten mit keinem Wort auf die neuropsychologisch ermittelten Defizite ein (S. 3 Ziff. 9). Auch fehle

eine Fremdanamnese (S.

3 Ziff. 10). Die richtige Diagnose laute daher (S.

3 Ziff. 11): - schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - multifaktorielle Kopfschmerzen (Neuromed, 27. November 2009) - chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom linker Fuß mit/bei - Status nach Arbeitsunfall Dezember 2002 mit ausgedehnter Weichteil-Quetschung sowie Fraktur des Os metatarsale II links - Status nach posttraumatischer Entwicklung eines Morbus Sudeck (remittiert), DD CRPS, keine Osteopenie nach Morbus Sudeck - lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Status nach Suizidversuch

Auf Grund der Diagnose, der neuropsychologisch bestätigten Depression, der Fremdanamnese sowie des beschriebenen Leistungsbildes sei die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsunfähig im Haushalt und zu 100 % arbeitsunfähig für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (S. 3 Ziff. 8). 5. 5.1

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ist auf das Gutachten des Instituts B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4. 3) abzustellen. Das Gutachten umfasste die Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie,

wobei sich das Gutachten für die zu beurteilenden Fragen als umfassend erweist. Die Ärzte berücksichtigten die geklagten Beschwerden und das Verhalten der Beschwerdeführerin und erstellten das Gutachten in Kenntnis der Vorakten, wozu sie auch Stellung nahmen. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Das Gutachten erfüllt damit die praxisgemäßen Kriterien (vorstehend E).

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