

# **SO\_GERICHTE VSBES.2015.249 vom 3. September 2015**

SO Obergericht, 2015-09-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.249](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.249)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.249 du 3 septembre 2015

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.249 del 3 settembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerde sei gutzuheissen und die Verfügung vom 3. September 2015 aufzuheben.

### **E. 2**

Der Beschwerdeführerin sei ab 1. September 2010 eine ganze, eventualiter eine halbe, subeventualiter eine Viertel-Rente zuzusprechen.

### **E. 3**

September 2009 auf beide Handgelenke und das Kinn gefallen. Zusätzlich wahrscheinlich auch durch die Mehrbelastung der rechten Hand, habe sie immer mehr Schmerzen im rechten Handgelenk verspürt, obwohl diese Hand kurz nach dem Unfall nur geringe Beschwerden aufgewiesen habe. 5.5 Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH Chirurgie, spez. Handchirurgie, nannte in seinem Bericht vom 14. Januar 2010 (IV-Nr. 10.9, S. 6) als Diagnosen einen Diskusriss rechts und einen fraglichen Diskusschaden links bei Ellenplussituation und Nervenirritation des Ulnaris nach Pisiformeentfernung. 5.6 Am 1. Februar 2010 wurde aufgrund des diagnostizierten Diskusrisses radial bei Ulna-Plus links eine operative Ulnaverkürzung um 1.5 mm vorgenommen (IV-Nr. 10.9, S. 2). 5.7 Im Zwischenbericht vom 3. August 2010 (IV-Nr. 14.6) hielt Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, nach der Operation vom 1. Februar 2010 sei ein extrem ungewöhnlich zögerlicher Verlauf mit sehr langsamer Wiedergewinnung der Beweglichkeit bis etwa Anfang Juni feststellbar gewesen. Damals sei die Rückkehr in die Berufstätigkeit angesprochen worden. Seitdem sei es zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Beweglichkeitsmasse und Zunahme der geklagten Beschwerden gekommen. Die Beschwerdeführerin könne sich nicht vorstellen, dass in ihrem Betrieb eine für sie geeignete Tätigkeit gefunden würde. Für Bücher herumschleppen – dies sei ihre Tätigkeit – sehe sie sich ausserstande. 5.8 Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 22. März 2011 (IV-Nr. 14.2, S. 14) bezüglich des am 18. März 2011 durchgeführten Arthro-MRI des Handgelenks links (SA 66) fest, das MRI zeige den Diskus verheilt, diskrete Arthrosezeichen am Carpus, aber vor allem eine Knickung der distalen Elle, etwa 2 cm proximal des Ellenendes mit Dorsalabweichen des distalen Ellenendes und Palmarversatz des Carpus gegen die Elle. Ein Unfall (im Kindesalter) sei der Beschwerdeführerin nicht erinnerlich. Dass diese Verformung ursächlich für die Schmerzen im distalen ulnaren Carpus sei, werde gestützt durch die weitgehend aufgehobene Supination und die konstanten Schmerzen an der ulnaren Handkante. 5.9 Dr. med. F.\_\_\_\_, Kreisärztin, Fachärztin für Chirurgie FMH, führte in ihrem Untersuchungsbericht vom 12. April 2011 (IV-Nr. 14.2, S. 4) aus, die beklagten Beschwerden im Bereich des rechten und linken Handgelenks seien zum Teil aufgrund der objektivierbaren Verletzung rechts, Diskus links, Zustand nach Diskusnaht und Entfernung des Os pisiforme und Ulnaverkürzung als unfallkausal anzusehen. Der Integritätsschaden

erreiche aktuell noch nicht das entschädigungspflichtige Ausmass von 5 %. Eine angepasste Tätigkeit, leicht wechselbelastend ohne das Heben und Tragen von grossen Gewichten (5 kg links / 10 kg rechts), keine repetitiv belastenden Umwendbewegungen, keine dauernde Beanspruchung der Feinmotorik, kein Bedienen von vibrierenden Maschinen, sei ganztags zumutbar. 5.10 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie und Handchirurgie, stellte in seinem Bericht vom 17. Mai 2011 (IV-Nr. 19, S. 5) die Diagnose einer Posttraumatischen DRUG-Instabilität am Handgelenk links. Sicherlich habe bei seinerzeitigem Trauma eine Läsion des Disc-Apparates stattgefunden. Ob jedoch neben der Läsion des Discus ulnaris auch eine Läsion der radio-ulnaren Bänder stattgefunden habe, lasse sich im Nachhinein nur begrenzt beurteilen. Die erfolgte Naht des Discus ulnaris habe das Problem nicht gelöst. Die Ulnaverkürzungsosteotomie hätte eine Verbesserung der DRUG-Stabilität durch Anspannen der radio-ulnaren Bänder bringen sollen. Da dies ausgeblieben sei, dürfe angenommen werden, dass zumindest eines der Bänder nicht mehr suffizient gewesen sei. 5.11 Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 6. Juni 2011 (IV-Nr. 15) fest, die bisherige Tätigkeit im Lager im Buchzentrum sei der Beschwerdeführerin seit dem Unfall vom 3. September 2009 nicht mehr zumutbar. Ein halbes Pensum in einer angepassten Tätigkeit wäre medizinisch-theoretisch seit April 2011 zumutbar. Allerdings handle es sich hierbei um einen Arbeitsversuch bei medizinisch noch nicht stabiler Situation. 5.12 Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH, führte in seinem Bericht vom 10. November 2011 (IV-Nr. 25, S. 5) aus, anlässlich der EMG-Untersuchung habe eine relevante periphere Läsion des N. Ulnaris oder Medianus für die angegebenen Beschwerden weitgehend ausgeschlossen werden können. Hingegen zeigten sich im EMG diskrete, chronisch neurogene Denervationszeichen im Myotom C8/Th1. Die Anamnese (Sturz mit gestreckten Armen) mit unmittelbar danach Paresen im Schultergürtelbereich, Sensibilitätsstörungen im linken Arm, zusammen mit dem heutigen EMG-Befund sprächen für eine traumatisch bedingte Läsion des Plexus brachialis links. 5.13 In der neurologischen Aktenbeurteilung vom 28. Juni 2012 hielt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Suva Versicherungsmedizin (IV-Nr. 27.47), fest, echtzeitlich zum Unfall vom 3. September 2009 seien im Bereich der rechten Hand oder des rechten Armes keine Beschwerden dokumentiert. Solche seien erstmalig im Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2010 dokumentiert worden. Bezüglich der von der Beschwerdeführerin im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung am 26. März 2012 auch auf der rechten Seite angegebenen neurologisch anmutenden Symptomatik sei, neurologisch beurteilt, echtzeitlich zum Unfall vom September 2009 kein Korrelat zu finden. Des Weiteren resultiere aus einer möglichen indirekt unfallbedingten Reizung des N. ulnaris links keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Diese Einschätzung werde durch die Angaben von Dr. med. K.\_\_\_\_ von der Klinik für L.\_\_\_\_ nach der Untersuchung am 11. Mai 2012 bestätigt. 5.14 In der chirurgischen Aktenbeurteilung vom 9. August 2012 führte Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin (IV-Nr. 27.55), aus, hinsichtlich des rechten, dominanten Handgelenks fänden sich in den Akten keine bzw. widersprüchliche Angaben, wie und in welcher Form sich die Beschwerdeführerin verletzt habe. So seien aus den Akten unmittelbar nach dem Unfall sowie in den folgenden Wochen keine echtzeitlichen Hinweise auf diesbezügliche Beschwerden ersichtlich. Der einzige und indirekte Hinweis, dass beim Sturz vom 3. September 2009 auch das rechte Handgelenk betroffen gewesen sei, sei ein am gleichen Tag von Dr. med. N.\_\_\_\_ angefertigtes Röntgenbild der rechten Hand, auf dem keine ossären Verletzungen zu erkennen seien. Hinweise auf intermittierende Beschwerden

ulnar im rechten Handgelenk fänden sich erst in einem Bericht des O.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2010, vier Monate nach dem Unfall. Im schriftlichen Befundbericht zur Kernspintomographie vom 17. Dezember 2009 werde ein vertikaler Riss des Discus triangularis zentral radialseits festgehalten, der als TFCC-Läsion vom Typ Palmer 1a klassifiziert werde. Gemäss der Klassifikation von Palmer gälten Discusläsionen der Klasse I als traumatisch und solche der Klasse II als verschleissbedingt. Diese ätiologische Unterteilung gelte jedoch aufgrund der neueren Literatur als fraglich. Denn man finde solche Discusläsionen auch vom Typ Palmer 1a und 1b sowohl bei symptomatischen als auch asymptomatischen Handgelenken. Liege wie bei der Beschwerdeführerin eine Ulna-Plus-Variante vor, könne auch ohne Unfallereignis mit einem Discusläsion gerechnet werden. Da sich die Ulna in ihrer Lagebeziehung zum Radius mit zunehmendem Alter immer mehr zur Ulna-Plus-Variante hin verschiebe, erkläre sich dann auch die Zunahme von Discusdefekten mit zunehmendem Alter. Laut Hempfling könne eine (traumatische) Discusruptur nur dann angenommen werden, wenn es zu einer gleichzeitigen Ruptur der Ligg. radioulnaria palmare und dorsale gekommen sei. Dies führe dann zwangsläufig zu einer Instabilität des distalen Radioulnargelenkes. Bei der Beschwerdeführerin sei im ganzen Verlauf jedoch klinisch nie eine Instabilität des rechten distalen Radioulnargelenkes beschrieben worden. Damit bleibe es fraglich, ob die kernspintomographisch festgestellte TFCC-Läsion auch die Beschwerden im rechten Handgelenk zu erklären vermöge. So sei ihm bei der Durchsicht der Originalbilder in der koronalen Schnittführung eine proximal im Os triquetrum gelegene Signalstörung aufgefallen, die auf ein Knochenmarksödem hinweise, ein Befund wie er für eine ulnare Impaktation typisch sei, welche durch eine Überlänge der distalen Ulna entstehe, die ihrerseits zu einer vermehrten axialen Druckbelastung sowohl des TFCC als auch des Os triquetrum führe. Die TFCC-Läsion sei somit im Fall der Beschwerdeführerin mit grösserer Wahrscheinlichkeit auf einen vermehrten Verschleiss infolge Überlänge der distalen Ulna und nicht auf eine einmalige traumatische Einwirkung zurückzuführen.

5.15 In der ärztlichen Beurteilung vom 16. Oktober 2012 (IV-Nr. 39.2, S. 37) hielt Kreisarzt Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin fest, unfallbedingt bestünde von Seiten der rechten Hand keine Einschränkung. Unfallbedingt sei aufgrund der objektivierbaren Befunde und der durchgeführten Operationen von einer regelmässigen Belastbarkeit des linken Handgelenks von 2 kg, gelegentlich bis 5 kg auszugehen. Eine Tätigkeit im bisherigen Bereich im Buchhandel sei zumutbar, sofern es nicht zwingend notwendig sei, einen Stoss von 10 schweren Büchern auf einmal zu tragen. Beidhändig sollte das Heben und Tragen von Lasten bis zu 5 kg regelmässig möglich sein, gelegentlich bis 10 kg.

5.16 In seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2013 (IV-Nr. 33) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_ vom RAD fest, für den RAD bestünden zweifelsfrei klare funktionelle Einschränkungen beider Handgelenke. Falls die Suva eine Begutachtung durchführe, empfehle er, dass sich die IV mit dem eigenen Fragenkatalog daran beteilige. Falls die Suva keine Begutachtung veranlasse, solle die IV eine eigene handchirurgische Begutachtung in Auftrag geben. Für den RAD sei es ausgewiesen, dass die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei und dass in einer angepassten Verweistätigkeit eine deutliche Einschränkung von Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. In der Folge kontaktierte die Beschwerdegegnerin mehrere Begutachtungsstellen, um ein handchirurgisches Gutachten einzuholen. In diesem Zusammenhang fand im Februar 2014 eine Untersuchung statt, ein Gutachten wurde aber nicht erstellt (vgl. Protokollauszüge vom 21. Februar 2013 bis 24. November 2014).

Schliesslich wurde auf die Einholung eines externen handchirurgischen Gutachtens verzichtet. 5.17 In der ärztlichen Beurteilung vom 17. Mai 2013 (IV-Nr. 39.2, S. 10) kam Kreisarzt Dr. med. P.\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Integritätsschaden kein entschädigungspflichtiges Ausmass erreiche. Anlässlich des Sturzes im September 2009 habe die Beschwerdeführerin wahrscheinlich eine Fraktur des Os pisiforme Hand links erlitten. Dieser sei am 16. November 2009 im O.\_\_\_\_ entfernt worden. Es handle sich um einen kleinen Knochen, dessen Entfernung keinen Einfluss auf die Funktion des Handgelenks habe. Die Entfernung desselben könne auch zu keiner wie immer gearteten Arthrose als Spätfolge im Handgelenk führen. Die im MRI bestätigte diskrete radiocarpale Arthrose sei vorbestehend und nicht unfallbedingt. Bezüglich der am 1. Februar 2010 durchgeführten Ulnaverkürzungsosteotomie sei festzuhalten, dass der Ulnavorschub (Ulnaplusvariante) links anlagebedingt sei und in keinen unfallkausalen Zusammenhang stehe. Aufgrund der Traumatisierung des Handgelenks sei der diagnostizierte Discus riss (TFCC) radial als teilkausal zum Unfall beurteilt worden, bzw. es habe eine Teilkausalität nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden können. Aufgrund dieser Operation resultiere jedoch kein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden. Das anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung bestehende Supinationsdefizit von 40° führe zu keiner Einschränkung im Alltagsleben und ein Integritätsschaden diesbezüglich erreiche kein entschädigungspflichtiges Ausmass – eine Integritätsentschädigung stehe nur bei einer relevanten Einschränkung (Aufhebung der Supination) zu. 5.18 In seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2015 (IV-Nr. 51) führte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom RAD, aus, es bestünden beidseitig traumatisch resp. degenerativ bedingte arthrotische Veränderungen im Bereich der Handgelenke. Dies begründe eine Minderbelastbarkeit, jedoch auf keinen Fall eine komplette Arbeitsunfähigkeit für leichte manuelle Tätigkeiten. Unter Berücksichtigung der teilweise nicht organisch begründbaren Beschwerden sei bei sehr leichten manuellen Tätigkeiten sowie den Erfahrungen der beruflichen Eingliederung integral eine zeitliche Zumutbarkeit für Verweistätigkeiten von 50 % vorhanden, dies unter Berücksichtigung einer um 10 % eingeschränkten Verweistätigkeit (Verlangsamung, sporadischer Pausenbedarf). Zumutbar sei eine leichte Tätigkeit mit beidseitigen manuellen Belastungen bis maximal 2 kg, gelegentlich bis 5 kg, ohne spezielle Anforderungen an die Fein- und Grobmotorik. Die bisherige Tätigkeit als Kommissioniererin im Buchzentrum sei seit September 2009 nicht mehr zumutbar. Im Haushalt bestünden sicherlich Einschränkungen bei länger anhaltenden manuellen Betätigungen wie längere und intensive Reinigungsarbeiten.

## **E. 6**

6.1 Gestützt auf die medizinischen Unterlagen ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, das Wartejahr für den Rentenanspruch habe mit dem Unfall vom 3. September 2009 begonnen und die Beschwerdeführerin sei im September 2010 weiterhin – bezogen auf eine Erwerbstätigkeit – vollständig arbeitsunfähig gewesen, so dass Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. September 2010 besteht. Zu prüfen bleibt somit, ob sich die Arbeitsfähigkeit in der Folge erheblich verbessert hat, was Voraussetzung für die Befristung der Rente bildet. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf die Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom RAD vom 18. Februar 2015. Dieser stützt sich seinerseits auf die vorhandenen Akten und hierbei vor allem auf die Beurteilungen der Suva-Ärzte. Hierbei ist zu beachten, dass die Suva-Ärzte stets davon ausgingen, die Beschwerden in der rechten Hand seien nicht unfallkausal. Dementsprechend sind ihre Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit aus

invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nur bedingt aussagekräftig, da vorliegend eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der Beschwerden in beiden Händen massgeblich ist. Eine beweismässige Beurteilung der gesamten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beide Hände betreffend wurde weder von den Suva-Ärzten noch von den RAD-Ärzten vorgenommen, zumal sich die RAD-Ärzte bei ihrer Einschätzung eben lediglich auf die vorhandenen Akten stützten und die Beschwerdeführerin nicht selbst untersuchten. Das von Dr. med. D.\_\_\_\_ statuierte Zumutbarkeitsprofil scheint dieser zudem aus der ärztlichen Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2012 übernommen zu haben. Nachdem wie erwähnt, der Fokus der Suva-Ärzte im Wesentlichen auf den Beschwerden in der linken Hand lag, hat diese Beurteilung vorliegend nicht ohne weiteres Geltung. Hinzu kommt, dass der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2013 noch ausdrücklich ein handchirurgisches Gutachten empfahl. Aus welchen Gründen in der Folge der Allgemeinmediziner Dr. med. D.\_\_\_\_ vom RAD in seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2015 dennoch die Arbeitsfähigkeit ohne weitere fachspezifische Abklärungen festgelegt hat, ist nicht nachvollziehbar, zumal seit der Empfehlung von Dr. med. H.\_\_\_\_ keine weiteren medizinischen Untersuchungen stattfanden. Damit verbleiben zumindest relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Abklärungen, was rechtsprechungsgemäss zur Folge haben muss, dass das Versicherungsgericht ergänzende Abklärungen veranlasst (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229). 6.2 Wie dargelegt (E. II 5.16 hiervor), gelangte Dr. med. H.\_\_\_\_ vom RAD in seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2013 zum Ergebnis, der medizinische Sachverhalt müsse durch ein handchirurgisches Gutachten ergänzend abgeklärt werden. Diese Einschätzung überzeugt. Die Beschwerdegegnerin bemühte sich anschliessend, ein handchirurgisches Gutachten einzuholen. Dass dies nicht gelang, ist nicht der Beschwerdegegnerin anzulasten, sondern lag am organisatorischen Unvermögen der vorgesehenen Begutachtungsstelle. Dies ändert aber nichts daran, dass der medizinische Sachverhalt bis zum Erlass der Verfügung vom 3. September 2015 nicht in einer beweismässigen Weise abgeklärt wurde.

## **E. 7**

7.1 Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. C.\_\_\_\_ ein handchirurgisches Gutachten veranlasst. Dieses erging am 30. Dezember 2016. Darin attestierte Dr. med. C.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin in einer angepassten Verweistätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit, wobei vorab eine Einarbeitungszeit bzw. Eingliederungsmassnahmen notwendig seien. Diese Arbeitsfähigkeit ist jedoch aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin nicht mehr verwertbar, wie nachfolgend darzulegen ist (vgl. zum Ganzen n. publ. Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2015.241 vom 30. Juni 2016 E. 6.4 f.). 7.2 Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene

Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (Urteile 9C\_153/2011 vom 22. März 2012 E. 3.1; 9C\_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.2.2 mit Hinweisen). 7.3 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Die Beschwerdeführerin hat im März 2016 das ordentliche Rentenalter von 64 Jahren erreicht. Für die Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist der Zeitpunkt der Gutachtenserstellung massgebend (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462), was auch bei Gerichtsgutachten gilt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.1.2). Damit ist die im Gutachten vom 30. Dezember 2016 attestierte rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit aus Altersgründen nicht mehr verwertbar. Von einer rechtsmissbräuchlich verzögerten Anmeldung, um die objektiven Anstellungschancen zu verringern (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_979/2009 vom 10. Februar 2010 E. 5) kann zudem keine Rede sein, denn die Anmeldung erfolgte am 1. März 2010 (IV-Nr. 2) und damit weniger als ein halbes Jahr nach Eintritt der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit. Da es – entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 138 V 457 E. 3.1; vgl. auch Urteile des BGer 9C\_734/2013 vom 13. März 2014 E. 3.4; 8C\_482/2010 vom 27. September 2010 E. 4.2 und 4.3; 9C\_437/2008 vom 19. März 2009 E. 4.3, in: SVR 2009 IV Nr. 35 S. 97) – an der wirtschaftlichen Verwertbarkeit einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit fehlt, liegt folglich eine vollständige Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. In Anwendung der zitierten Rechtsprechung ist der Beschwerdeführerin daher ohne weitere Abklärungen für die Zeit ab 1. September 2010 bis zum Eintritt des ordentlichen Rentenalters eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

## **E. 8**

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung antragsgemäss auf CHF 2'435.10 festzusetzen (Aufwandsersatz von CHF 2'210.00, zuzügl. Auslagen von CHF 44.70 und 8 % MwSt). 8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten. 8.3 Wie dargelegt hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher grundsätzlich die Kosten des Gutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2016 zu tragen. Nachdem der Hauptteil des Gutachtens aufgrund der unzureichenden Abklärungen im UVG-Verfahren erstellt werden musste und die

Zusatzfragen aus dem parallelen Beschwerdeverfahren gegen die Invalidenversicherung erst nachträglich gestellt wurden, rechtfertigt es sich, dass die Beschwerdegegnerin von den Gesamtkosten von CHF 6'610.00 den Anteil von CHF 1'610.00 trägt.

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