

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01094 vom 25. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.01094

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01094 du 25 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01094 del 25 settembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher 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 8. Oktober 2009 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 intertemporal rechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte in der Verfügung vom 8. Oktober 2009

darauf ab,

dass in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Innenarchitektin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, in einer angepassten Tätigkeit jedoch seit Januar 2008 eine Restarbeitsfähigkeit von 50 %

bestehe (Urk. 2, Verfügungsteil 2 S. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte in der Beschwerde vor, von einem eigentlichen Heilungsprozess könne nicht gesprochen werden. Sie habe bereits in ihrem Einwand vom 2. September 2008 darauf hingewiesen, dass die SUVA noch keinen Rentenentscheid erlassen habe, da die Heilbehandlung noch nicht abgeschlossen

sei. Es sei zu beachten, dass Entscheidungen im Zusammenhang mit Leistungsansprüchen gegenüber der obligatorischen Unfallversicherung einen Anspruch gegenüber der Invalidenversicherung regelmässig in einer Form präjudizierten beziehungsweise beeinflussten (Urk. 1 S. 3 f. Ziff. 5).

Die Berichte im Dossier der Beschwerdegegnerin betrafen die Zeit vor 2008. Es sei nicht klar, worauf sich die Beschwerdegegnerin berufe, wenn sie für die Zeit von Anfang bis März 2008 und auch später von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes spreche (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 12). Nach Ansicht der behandelnden Ärzte sei keine wirtschaftlich verwertbare Leistungsfähigkeit vorhanden. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich bis zum Sommer 2008 (Erreichen des AHV-Alters) trotz intensiver Therapie nicht gebessert (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 15). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin vom 1. September 2007 bis zu ihrer Pensionierung per 30. Juni 2008. 3. 3.1

Die Beschwerdeführerin erlitt

am 12. September 2006

eine Trimalleolarfraktur am linken Sprunggelenk (Urk. 8/7/4 ,

vgl. auch den Operationsbericht vom 15. September 2006, Urk. 8/2/1-3).

Dr. med. A.____ , Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, Rheumazentrum M.____ , führte in einem Bericht vom 6. Juni 2007 (Urk. 8/7/41-42) aus, die Beschwerdeführerin habe weiterhin deutliche Schmerzen im Bereich des linken Knöchels und Unterschenkels. Die Schwellung sei im Verlauf des Tages zunehmend und druckdolent . Bei der Untersuchung vom 31. Mai 2007 morgens hätten lediglich ein geringgradiges Knöchelödem und eine Schwellung im distalen Unterschenkel bestanden. Die Beschwerdeführerin habe im Anschluss an die Reposition und Osteosynthese des linken Knöchels ein

complex regional pain

syndrome

(CRPS) I entwickelt, welches unter Miaclic und Entlastung zurückgegangen sei. Nach der Metallentfernung am 11. April 2007 habe eine deutlich verbesserte Trophik bestanden (S. 1 f.). 3.2

SUVA-Kreisarzt Dr. med. I.____ , Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, führte in einem Bericht vom 23. Oktober 2007 (Urk. 8/7/14-18) gestützt auf die Untersuchung vom 22. Oktober 2007 aus, die Beschwerdeführerin klage über eine erhebliche Schmerzsymptomatik ausgehend vom Knöchelbereich links mit Ausstrahlung ins ganze linke Bein. Daneben habe sie auch Beschwerden im rechten Kniegelenk , welche durch eine Überlastung und eine Fehlbelastung ausgelöst worden seien . Die Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk sei nur mässig eingeschränkt. Klinisch fehlten Hinweise auf einen Morbus Sudeck . Radiologisch seien die Frakturen in guter Stellung geheilt (S. 4 Ziff. 5).

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei er gezwungen, lediglich den Zustand der Knöchelregion links zu berücksichtigen. Er abstrahiere Beschwerden von Seiten einer Polymyalgie und auch der psychischen Seite. Aufgrund der objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunde ergebe sich folgendes Zumutbarkeitsprofil: Der Beschwerdeführerin sei eine wechselbelastende, teils stehende, teils sitzende Tätigkeit zumutbar . Nach einer Ein arbeitszeit von zwei Monaten halbtags , er schlage November bis Dezember 2007 vor, sei ihr eine geeignete Tätigkeit vollzeitg zumutbar. Dies sei ab dem 1. Januar 2008 der Fall (S. 5). 3.3

Dr. med. J.____ , Oberärztin, und Dr. med. K.____ , Chefarzt, Zentrum für Fusschirurgie, L.____ , nannten in einem Bericht vom 24. Januar 2008 (Urk. 8/15/22-24) als Diagnosen (S. 1): - ausgeprägte neuropathische Schmerzen am oberen Sprunggelenk links - schmerzhafte Bewegungseinschränkung des oberen Sprunggelenks links bei/mit - Status nach Trimalleolar -Luxationsfraktur links (erstgradig offene Ver letzung im Bereich des Malleolus

medialis) mit - mehrfragmentärer Fraktur der Fibula Typ Weber-C - Fraktur des Malleolus

medialis - Abriss des Volkmann'schen - Dreieckes - ossärem Ausriss der vorderen Syndesemose mit Zertrümmerung der knöchernen Anteile - vollständiger Ruptur der Gelenkkapsel, insbesondere im gesamten ventralen, anteromedialen und anterolateralen Anteil - Status nach offener Reposition und Osteosynthese - Naht der Gelenkkapsel - Status

nach Entwicklung einer Sudeck-Dystrophie 1.-2.° zirka zehn Wochen postoperativ

Dr. J. ___ und Dr. K. ___ führten weiter aus, die Beschwerdeführerin habe sich am 12. September 2006 eine komplizierte trimalleoläre Sprunggelenksfraktur links zugezogen, welche gleichentags offen reponiert und osteosynthetisch versorgt worden sei. Ab Januar 2007 seien Schmerzen im gesamten linken Bein aufgetreten, teilweise verbunden mit Gefühlsstörungen. Die Beschwerden liessen sich nicht objektivieren (S. 1 f.). Bei der Untersuchung im Sitzen bestehe eine deutliche Bewegungseinschränkung des linken oberen Sprunggelenkes (S. 2 Mitte).

Postoperativ habe sich eine Sudeck-Dystrophie 1. bis 2. Grades entwickelt. Trotz Metallentfernung hätten sich die Schmerzen im linken Fuss nicht gebessert. Die Beschwerdeführerin sei seither zu 100 % arbeitsunfähig. Radiologisch liessen sich die angegebenen Beschwerden nicht objektivieren. Man nehme jedoch an, dass es im Rahmen des schweren Distorsionstraumas zu einer Mitverletzung beziehungsweise einer Distorsion sämtlicher Nerven des Fusses gekommen sei, womit die Beschwerden vereinbar seien. Die Beschwerdeführerin sei bisher als Innenarchitektin tätig gewesen und sei auf das Begehen von Baustellen angewiesen (S. 2 unten). 3.4

Dr. A. ___

nannte in einem Bericht vom 7. Mai 2008 (Urk. 8/25/7-9) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein posttraumatisch aufgetretenes neuropathisches Schmerzsyndrom des oberen Sprunggelenkes und des Unterschenkels links, primäres Unfallereignis vom 12. September 2006, einen Status nach Sudeck-Dystrophie I bis II, Beginn zirka zehn Wochen postoperativ, und eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung des oberen Sprunggelenkes links (Ziff. 2).

Dr. A. ___ führte weiter aus, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Innenarchitektin bestehe seit dem 12. September 2006 dauernd eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 3). Auf längere Sicht und bei geeigneter Tätigkeit (Wechselbelastungen mit Sitzen, Stehen, Gehen und Ruhepausen) könne man sich im optimalsten Fall medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vorstellen. Eine solche zu realisieren, dürfte jedoch kaum möglich sein (Ziff. 1.2). 3.5

Dr. med. B. ___, praktische Ärztin, Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdegegernerin (RAD), führte in einer Stellungnahme vom 13. Juni 2008 (Urk. 8/29 S. 4 unten) aus, mit den vorliegenden Berichten könne aus medizinischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit als Innenarchitektin seit dem 12. September 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % nachvollzogen werden. Ab Januar 2008 werde unter Berücksichtigung aller vorliegenden medizinischen Befunde eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit (vorwiegend sitzend, kurze Wegstrecken, keine Leitern und Gerüstbegehung, kein Heben von Gewichten von mehr als 5-10 kg) als möglich beurteilt. Es könne darauf abgestellt werden, dass in der bisherigen Tätigkeit seit dem 12. September 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und in einer angepassten Tätigkeit seit Januar 2008 eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. 3.6

Kreisarzt Dr. med. C. ___, Facharzt FHM für Chirurgie, stellte in einem Bericht vom 22. Juli 2008 (Urk. 8/45/26-32) fest, die Schmerzsituation sei von verschiedener Seite angegangen worden. Wesentliche pathologische Befunde seien nicht erhoben worden. Als Diagnosen resultierten eine Situation nach konsolidierter Trimalleolarfraktur in guter

Stellung bei leichten posttraumatischen degenerativen Veränderungen (beginnende arthrotische Zeichen) und entsprechenden Schmerzen, gemischt mit neuropathischen Anteilen. In den letzten Monaten sei keine wesentliche Verbesserung der Situation erreicht worden. Bildgebend bestünden leichte posttraumatische degenerative Veränderungen des oberen und unteren Sprunggelenks bei erhaltener Gelenkstellung und Anatomie nach konsolidierter Trimalleolarfraktur und Metallentfernung (S. 5).

Er habe auf dem Unfallschein eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestätigt, ob wohl der Beschwerdeführerin im Innenarchitektenbereich grundsätzlich Büro tätigkeiten möglich seien. Sie sei bezüglich Baustellenbesuche, Besichtigungen vor Ort, Materialevaluationen im Gelände etc. eingeschränkt. Bezüglich des linken oberen Sprunggelenkes seien wechselbelastende Tätigkeiten vollzeitlich und vollschichtig möglich. Zusatzbelastungen seien vereinzelt möglich. Für kurze Strecken sei eine Belastung von 10 kg und statisch von 15 kg vereinzelt möglich. Stehen sei ohne ausschliessliche Belastung des linken Beines und Sitzen mit der Möglichkeit, aufzustehen und herumzugehen, bei möglichst freier Arbeitsposition möglich. Nicht zumutbar seien Zwangshaltungen für das linke Bein, bodennahe, kauende und kniende Tätigkeiten, repetitives Treppensteigen und Leitern- und Gerüstarbeiten sowie Gehen ausschliesslich auf unebenem Untergrund. Weiter seien Schläge und Vibrationen zu vermeiden (S. 6). 3.7

Dr. A. ___ hielt in einem Bericht vom 10. Dezember 2008 (Urk. 8/45/4-5) fest, aus Sicht des behandelnden Rheumatologen sei der Entscheid der SUVA bezüglich Büroarbeiten und Beratungstätigkeiten im angestammten Arbeitsgebiet nicht nachvollziehbar. Es bestehe weiterhin ein posttraumatisch aufgetretenes, neuropathisches Schmerzsyndrom im Bereich der distalen unteren Extremität links, welche es der Beschwerdeführerin verunmögliche, länger als zirka 30 Minuten zu stehen oder zu sitzen. Am besten seien liegende oder halbliegende Stellungen mit hochgelagertem Bein. Möglicherweise sei tatsächlich ein gewisser medizinischer Endzustand erreicht, in dem Sinne, als mit keiner raschen Änderung des Zustandes zu rechnen sei. Die Arbeitsfähigkeit sei weiterhin stark eingeschränkt. Medizinisch theoretisch sei für die von der SUVA vorgeschlagene Beratungstätigkeit von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 20 - 30 % auszugehen (S. 1). 3.8

Kreisarzt Dr. med. D. ___ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, führte in einem Bericht vom 28. Oktober 2009 (Urk. 18/2) aus, es habe sich ein CRPS mit geringen dystrophen Veränderungen, aber ausgeprägten Beschwerden entwickelt. Nach neurologischer Abklärung finde sich keine periphere Neuro pathie. Es bleibe bei der Diagnose von neuropathischen Schmerzen. Klinisch sei die Trophik des Fusses gut. Die Temperatur des Fusses sei kaum verändert (S. 5). 3.9

RAD-Ärztin Dr. B. ___ führte in einer Stellungnahme vom 10. Mai 2010 (Urk. 18/1 S. 1 f.) aus, der SUVA- Kreisarzt habe die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einem Bericht vom 23. Oktober 2007 unter Berücksichtigung des linken oberen Sprunggelenkes beurteilt. Er habe eine wechselbelastende, teils stehende, teils sitzende Tätigkeit vorgeschlagen, ohne Gehen auf un ebenem Boden, häufigem Treppensteigen und Arbeiten auf Leitern, beginnend mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Beurteilung sei begrenzt auf die Zeit von November bis Ende Dezember 2007. Danach sei eine solche Tätigkeit voll zeitig zumutbar.

In einem kreisärztlichen Bericht vom 28. Oktober 2009 würden die seit dem Unfallereignis erfolgten medizinischen Beurteilungen ausführlich dargelegt, je doch finde sich keine

detaillierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei aus versicherungsmedizinischer Sicht spätestens seit November 2007 von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 %

steigerungsfähig zur beurteilten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. 3.10

Der Unfallversicherer veranlasste in der Folge ein orthopädisches und ein neurologisches Gutachten. Das orthopädische

Teilgutachten datiert vom 11. Juli 2011 (Urk. 33/2/1) und ist von Dr. med. E.____, Assistenzarzt, und Dr. med. F.____, Oberarzt, Orthopädische Klinik, G.____, unterzeichnet. Das neurologische Teilgutachten von Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie, datiert vom 23. September 2011 (Urk. 33/2/2).

Dr. E.____ und Dr. F.____ bestätigten im orthopädischen Teilgutachten (Urk. 33/2/1) gestützt auf die Untersuchungen vom 5. Mai 2011 (S. 1) einen Status nach einer Trimalleolarfraktur links (vgl. S. 16 Ziff. 6.1). Die Gutachter führten weiter aus, die aktuell geschilderte Symptomatik könne mit dem objektiven Ergebnis der klinischen Untersuchung sowie den erhobenen radiologischen Befunden nur partiell erklärt werden (S. 18 Ziff. 3). Eine Tendinopathie lasse sich anamnestisch sowie in der klinischen Untersuchung nicht objektiv erkennen. Typischerweise würden Patienten mit einer posttraumatischen Arthrose an Anlaufschmerzen beim Gehen leiden, die sich auf Höhe des oberen Sprunggelenkes lokalisierten. Die Beschwerdeführerin gebe auf mehrmaliges Nachfragen jedoch an, dass die Beschwerden nicht in Zusammenhang mit einer Belastung stünden, sondern jederzeit auftreten könnten. Die Schmerzen seien auch nicht isoliert auf die Gelenkhöhe lokalisiert (S. 18 Ziff. 3.1 Mitte).

Die klinische Untersuchung zeige eine gute passive, jedoch zur Gegenseite eine eingeschränkte Beweglichkeit des oberen Sprunggelenkes. Auch komme es bei der maximalen Dorsalextension zu einem auslösbaren Schmerz ventral über dem Sprunggelenk. Die erhobenen Befunde seien vereinbar mit einer posttraumatischen Arthrose, erklärten aber die Ausbreitung sowie das belastungsunabhängige Auftreten der Beschwerden nicht. Die radiologische Untersuchung zeige einen noch regelrechten Gelenkspalt am oberen Sprunggelenk. Es seien aber leicht- bis mässiggradige degenerative Veränderungen am oberen Sprunggelenk erkennbar. Die Gutachter seien einverstanden mit der Beurteilung durch Dr. H.____ und hielten ein CRPS für sehr unwahrscheinlich. Auch eine neurogene Schmerzauslösung scheine im Einklang mit der Beurteilung durch Dr. H.____ nicht vorzuliegen (S. 18 f. Ziff. 3.1).

Aus rein orthopädischer Sicht könne der Beschwerdeführerin die Ausübung einer den Unfallfolgen angepassten Erwerbstätigkeit ganztags mit voller Leistung zugemutet werden (S. 20 Ziff. 6.2). 3.11

Dr. H.____ führte im neurologischen Teilgutachten vom 23. September 2011

(Urk. 33/2/2) gestützt auf die Untersuchung vom 11. Januar 2011 (S. 1) aus, er könne keine trophischen Veränderungen der Haut erkennen. Ödeme bestünden keine. Bereits in früheren neurologischen Untersuchungen seien keine Nervenläsionen sicher festgestellt worden. Es sei zu erwägen, ob ein CRPS (complex regional pain

syndrome) vorgelegen habe und aktuell noch vorliege und ob die Schmerzen einem neuropathischen Schmerz entsprechen würden (S. 12 unten). In den Akten sei erstmals im Januar 2007 der Verdacht auf einen Morbus Sudeck geäussert worden (S. 13).

Er könne zum jetzigen Zeitpunkt ein komplexes regionales Schmerzsyndrom nicht mehr diagnostizieren. Auch ein neuropathischer Schmerz könne nicht angenommen werden. Aufgrund der neurologischen Befunde könne das Ausmass der beklagten Beschwerden nicht genügend erklärt werden. Die geklagten Beschwerden könnten auch nur partiell durch die klinischen und radiologischen Befunde einer mässigen posttraumatischen Arthrose im oberen Sprunggelenk erklärt werden. Es bestünden weder Anhaltspunkte für eine Infektion noch eine Tendinopathie . Es bestehe die Möglichkeit einer Schmerzverarbeitungsstörung. Eine derartige Diagnose im Sinne eines somatoformen Schmerzes könne aber nur durch einen Psychiater gestellt werden.

Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit lasse sich unter Würdigung des gesamten Beschwerdebildes nicht begründen. Insbesondere seien der Beschwerdeführerin Beratungs- und Planungstätigkeiten ohne relevante Einschränkung zumutbar (S. 14 f.). 4.

E. 4

und 9 , Urk. 8/2/1). Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (vgl. Urk. 13/15).

E. 4.1

Bei der Beschwerdeführerin wurde nach dem Unfall vom 12. September 2006 ein CRPS diagnostiziert , wobei der Gutachter Dr. H.____ die Diagnose im September 2011 nicht bestätigen konnte .

Das CRPS ist eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie , Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, welche ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigen Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt (Pschyrmel , Klinisches Wörterbuch, 263. Aufl., Berlin 2012, S. 1875).

E. 4.2

Die vom Unfallversicherer veranlassten Gutachten von Dr. E.____ und Dr. F.____ vom 11. Juli 2011 und von Dr. H.____ vom 23. September 2011 betreffen im Wesentlichen den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Begutachtung und lassen nur beschränkt Rückschlüsse auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis bis zu ihrer AHV-rechtlichen Pensionierung im Sommer 2008 zu . Für die Beurteilung des Rentenanspruches der Beschwerdeführerin ist daher vorab auf die früheren einschlägigen Arztberichte abzustellen.

SUVA -Kreiarzt Dr. I.____

attestiert der Beschwerdeführerin im Oktober 2007 für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ging mit Wirkung ab Januar 2008 für eine solche Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit

aus . Gemäss dem von Dr. I.____ beschriebenen Zumutbarkeitsprofil

ist der Beschwerdeführerin eine teils stehende, teils sitzende Tätigkeit zumutbar
(E.

3.2). Kreisarzt Dr. C. ___ bestätigte am 22. Juli 2008 für Büroarbeiten
im Bereich Innenarchitektur
eine volle Arbeitsfähigkeit (E. 3.6).

Der Beschwerdeführerin ist nach übereinstimmender ärztlicher Beurteilung die frühere
selbständige Tätigkeit als Innenarchitektin, die auch das Begehen von Baustellen
beinhaltete, nicht mehr zumutbar. Gestützt auf die Berichte der Kreisärzte

Dr. I. ___ und Dr. C. ___ vom 23. Oktober 2007 und vom 22. Juli 2008 ist
mit dem RAD der Beschwerdegegnerin

indes davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ab November 2007 eine angepasste
Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % möglich war. Mit dieser grosszügigen Einschätzung
wird der Beurteilung des behandelnden Rheumatologen Dr. A. ___ Rechnung getragen,
welcher im Mai 2008 für eine angepasste Tätigkeit ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50
%

attestiert (E. 3.4 hiervor).

Der medizinische Sachverhalt ist damit als dahingehend erstellt zu erachten, dass nach
Ablauf des Wartjahres ab September 2007 zunächst eine volle Arbeitsunfähigkeit bestand
und ab November 2007 für eine behinderungsangepasste Tätigkeit von einer
Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen ist.

5. 5.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

E. 7

S. 2). Die Beschwerdeführerin hielt in einer Stellungnahme vom 1. März 2010 an ihren
beschwerdeweise gestellten Anträgen fest (Urk.

E. 12

S. 1). Die Beschwerdegegnerin hielt ihrerseits am 10. Mai 2010 an der beantragten
reformatio in peius fest (Urk. 17). Dieses Schreiben wurde der Beschwerdeführerin am 1
5. Juni 2010 zugestellt (Urk. 19). 2.2

Mit Verfügung vom 7. April 2011 (Urk. 20) zog das Gericht weitere Akten der SUVA (Urk. 23/1-121) bei und sistierte das IV-Verfahren mit Gerichtsvorfugung vom 6. Mai 2011
bis zur rechtskräftigen Erledigung des bei der SUVA hängigen
unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens (Urk. 24 Dispositiv Ziff. 1).

Die Beschwerdeführerin stellte dem Gericht am 3. Dezember 2012 (Urk. 32) eine Kopie
der Verfügung der SUVA vom 2. April 2012 (Urk. 33/1) und von der SUVA veranlasste
medizinische Gutachten (Urk. 33/2 /1-2) zu . 3.

Die

Beschwerdeführerin

erhob im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren am 17. April 2013

Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 14. März 2013. Das Verfahren ist unter der Nr. UV.2013.00092 beim Gericht angelegt. Über die Beschwerde wurde mit Urteil vom heutigen Tag entschieden. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 16

ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahme müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1). 5.2

Die Beschwerdegegernerin stellte darauf ab, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall als Innendekorationsnäherin gearbeitet hätte, und ermittelte anhand von Tabellenlöhnen ein Valideneinkommen von Fr. 76'566.-- (Urk. 2, Verfügungsteil 2 S. 1 f.).

Nach dem IK-Auszug liegt das in den Jahren 2000 bis 2004 aus der selbstständigen Tätigkeit erzielte Erwerbseinkommen zwischen Fr. 24'000.-- und Fr. 108'568.--

(Urk. 8/8 S. 1 f.). Nach Aufgabe ihrer selbstständigen Tätigkeit im Januar 2005

(vgl. Urk. 8/0 S. 1)

war die Beschwerdeführerin im April 2006 kurzzeitig bei der Y.____ im Bereich Beratung, Planung und Verkauf angestellt (Urk. 13/11 S. 1). Nachdem die se Anstellung nur wenige Tage dauerte und das als selbständige Innenarchitektin ausgewiesene Einkommen starke Schwankungen aufweist, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegernerin das Valideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen ermittelte.

LSE 2008 S. 29 Tabelle T7 S sieht

für die unter Ziff. 30 aufgeführten Arbeiten

(planen, konstruieren, zeichnen, gestalten)

mit Anforderungsniveau 2 ein Monatseinkommen von Fr. 6'190.-- vor. Die Beschwerdegegernerin legte ihrer Berechnung dagegen die Tabellenlöhne des Jahres 2006 zugrunde (LSE 2006 S.

29 Tabelle TA7 Ziff. 30 , Urk. 8/30 S. 1).

Umgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden im Jahr 2008 (Die Volkswirtschaft, 7/8-2013, S. 94 Tabelle B9.2) resultiert

ein Einkommen von rund

Fr. 77'251.-- (Fr. 6'190.-- x 12 : 40 x 41.6). Als Valideneinkommen sind daher Fr. 77'251.-- zu veranschlagen. 5.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/ aa und bb , vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E.

3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2). 5.4

Nach der medizinischen Beurteilung

waren der Beschwerdeführerin ab November 2007

Büroarbeiten oder eine beratende Tätigkeit im bisherigen Arbeitsumfeld

halbtags möglich. Damit kann erneut auf LSE 2008 S. 29 Tabelle T7 Ziff. 30 (Anforderungsniveau 2)

abgestellt werden, wobei aufgrund der behinderungsbedingten Einschränkungen und des Alters der Beschwerdeführerin ein Abzug

vom Tabellenlohn von gesamthaft 5 % zu veranschlagen ist. Bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 %

ergibt sich damit ein Invalideneinkommen von rund Fr. 36'694.-- (Fr. 6'190.-- x 12 : 40 x 41.6 x 0.5 x 0.95).

Stellt man das

Valideneinkommen von Fr. 77'251.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 36'694.-- gegenüber, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 40'557.-- beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von rund 53 % . 5.5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gemäss

Art. 88a Abs. 1 IVV nach Ablauf von drei Monaten von einer Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen werden kann. Da ab dem 1. November 2007 für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestand, ergibt sich mit Wirkung ab

1. Februar bis

zur Pensionierung der Beschwerdeführerin per 30. Juni 2008 bei einem Invaliditätsgrad von 53 % ein

Anspruch auf eine halbe Rente. Die Beschwerde ist daher abzuweisen und die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 8. Oktober 2009 ist entsprechend abzuändern. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst: Das mit Gerichtsverfügung vom 27. Mai 2013 sistierte Verfahren wird wieder aufgenommen. und erkennt sodann : 1 .

Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 8. Oktober 2009 wird dahingehend abgeändert, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. September 2007 Anspruch auf eine ganze und ab dem 1. Februar 2008 auf eine halbe Rente hat. 2 .

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann Brugger MO/MA/MT versandt

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