

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01078 vom 31. Januar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01078

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01078 du 31 janvier 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01078 del 31 gennaio 2014

Erwägungen

E. 1

Die 1968 geborene, über ein ausländisches Wirtschaftsdiplom verfügende X.____ arbeitete zunächst bei der Y.____

als Gastronomie-Mitarbeiterin, danach beim Z.____

zu einem Pensum von 50 bis 60 % im Bereich der Degustation von Speisen . Daneben war sie

für die A.____

zu 30 bis 40 % als Putzfrau und nebenberuflich für die B.____

als Hauswartin tätig (Urk. 8/2 S. 7) . Als sie am 18. Mai 2009 zusammen mit ihrem Ehemann einen Fussgängerstreifen überquerte, wurde sie von einem Personenwagen erfasst. Nebst einem Schädelhirntrauma mit Commotio cerebri erlitt sie Verletzungen im Bereich der rechten Schulter, des Thorax und des Beckens, nämlich eine subkapitale dislozierte Humerus fraktur , undislozierte Rippenfrakturen 5 und 8 rechts, eine Lungenkontusion rechts, eine laterale Kompressionsfraktur des oberen und unteren Schambeinastes rechts sowie der Massa lateralis mit trans foraminaler Beteiligung rechts, ferner ein Abdominaltrauma mit einer peripheren Leberläsion und einem retroperitonealen Hämatom der rechten Nebenniere (Urk. 8/8 S. 5, 8/14, 8/18

S. 3) . Die Schulterfraktur wurde gleichentags im C.____ mittels Plattenosteosynthese repositioniert (Urk. 3/3) . Vom 28. Mai bis am 22. Juli 2009 weilte X.____ in der Klinik D.____ zur stationären Rehabilitation (Urk. 8/8 S. 5) . Das Osteosynthesematerial wurde schliesslich am 20. Juli 2010 entfernt (Urk. 8/22 S. 8).

X.____ fühlte sich in der Folge ausserstande, weiterhin als Putzfrau und Hauswartin zu arbeiten. Ihre Tätigkeit bei m

Z.____ konnte sie im Herbst 2009 wieder in reduziertem Umfang aufnehmen und schliesslich nach einer erneuten gesundheitlichen Verschlechterung im Sommer 2010 ab dem 30. August 2011 wieder zum ursprünglichen Arbeitspensum von 60 % versehen (Urk. 1 S. 4, Urk. 8/18 S. 33, Urk. 8/49).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes oder eines medizinischen Gutachtens 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

Die Beschwerdeführerin klagte bei der Begutachtung in der Klinik D.____ im August 2011 über belastungsabhängige, sich gegen das Wochenende hin verstärkende Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, des Beckens und der Hüfte, ferner über chronische Nacken- und Hinterkopfschmerzen, rechtsseitige thorakale, entlang des Rippenbogens betonte Schmerzen und einen diffus verteilten „Brustdruck“; wegen des Zustandes nach den Rippenbrüchen könne sie manchmal nicht einatmen und habe ohne Physiotherapie ein Erkältungs- und Engegefühl. Die Schulterschmerzen stünden im Vordergrund; sie würden bei ihrer Tätigkeit in der Degustationsküche beim Gemüserüsten oder Zitronen pressen betont; beim Tragen von Gegenständen strahlten sie bis zum Nacken aus. Auch bestünden Einschlafgefühle am Daumen und Zeigefinger rechts. Die Schmerzen im Beckenbereich strahlten nach zirka 30 - minütigem Gehen bis zum Fuss aus und es trete ein Ameisenlaufen bis zur Grosszehe auf. Die Gleichgewichtstörungen nach dem Unfall hätten inzwischen gebessert, sie sehe aber immer noch „Fliegen“ im Auge und leide seit dem Unfall des Öfteren unter Halbseiten-Kopfschmerzen rechts, zudem unter Müdigkeit und Ängsten, wieder von einem Auto angefahren zu werden, ihren Mann oder die Orientierung zu verlieren oder dem Unfallverursacher zu begegnen. Auch Berichte über Unfälle im Fernsehen oder in Zeitungen würden Ängste auslösen. Sie habe daher den Drang, alles zu kontrollieren, und ausgeprägte Alpträume. Diese

wie auch die Schmerzen und Ängste führten dazu, dass sie nach zwei bis drei Stunden Schlaf erwache und grosse Schwierigkeiten habe,

wieder einzuschlafen. Seit Oktober 2009 stehe sie in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Sie arbeite nur am Vormittag jeweils 4 Stunden in der Degustationsküche. Nachmittags gehe sie zur Physiotherapie oder Psychotherapie und müsse sich wegen der Schmerzen erholen (Urk. 8/43 S. 4 ff., 7, 9, 26 f., 49).

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung bis auf einen etwas verstärkten Rededrang, der jedoch zu unterbrechen sei und inhaltlich die reale Ebene nicht verlasse, keine psychopathologischen Auffälligkeiten, insbesondere keine depressive Symptomatik, fest. Anamnestisch würden glaubhaft Ängste beschrieben, des Weiteren Alpträume ohne Bezüge zu einer realen Lebenssituation und Kontrollzwänge. Anhalte für eine Aggravation oder Bagatellisierung der psychischen Symptomatik ergäben sich nicht; die Beschwerdeschilderung sei glaubhaft, authentisch und nachvollziehbar (Urk. 8/43 S. 11 f.). Aufgrund der von der behandelnden Psychologin beschriebenen, von der Explorandin bestätigten und von ihm als glaubhaft beurteilten Symptome wie Flashbacks, Alpträume, Vermeidungsverhalten, Zwangsvorstellungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Verlustängste und Rückzugstendenz diagnostizierte der Gutachter eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F34.1; richtig: F43.1), die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 8/43 S. 12, 16). Seit Oktober 2009 stehe das psychische Beschwerdebild im Vordergrund (Urk. 8/43 S. 18). Doch sei die Versicherte dank der Psychotherapie nun wieder in der Lage, während vier Stunden pro Tag zu arbeiten. Die von ihr gewünschte

Pensumserhöhung auf die vor dem Unfall innegehabten 60 % sei unter Weiterführung der Psychotherapie per sofort möglich, weshalb von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne. Qualitative oder quantitative Einschränkungen seien aus seiner Sicht im Lichte des aktuellen Befunds nicht mehr mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit gegeben. Trotz der unbestrittenen Restsymptomatik sei eine tägliche Arbeitsleistung von 8,5 Stunden in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Degustationsküche beziehungsweise Reinigungsangestellte zumutbar. Die Zeiten zur Wahrnehmung der Psychotherapie und Physiotherapie sollten gewährleistet sein (Urk. 8/43 S. 13 f., 19).

Gutachter Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, erhob im Schultergelenk ein persistierendes leichtes Aussenrotationsdefizit im Schulterbereich beziehungsweise Beschwerden der in physiologisch anatomischer Stellung ausgeheilten Humerusfraktur und Restbeschwerden seitens des rechten Sakrums. Die über dem AC-Gelenk bis in die Nackenregion respektive in den Vorderarm ausstrahlenden, mit diffusen Parästhesien verbundenen Beschwerden liessen sich mangels elektroneurographischer Hinweise für eine Neurokompression am ehesten mit der länger andauernden postoperativen glenohumeralen Beweglichkeitseinschränkung und einer damit verbundenen kompensatorischen Überlastung des AC-Gelenkes erklären. Sie könnten allenfalls mittels Infiltration des AC-Gelenkes unter Röntgenkontrolle vermindert werden. Die Beschwerden im Bereich des vorderen Schultergelenks-Kompartimentes auf der Höhe des Sulcus respektive der Narbe liessen sich kernspintomografisch nicht verifizieren. Vermutlich sei der Endzustand erreicht, da durch den zweimaligen Eingriff von Adhäsionen im Narbenbereich ausgegangen werden müsse, die sich durch medizinsische Massnahmen vermutlich nicht wesentlich verbessern liessen. Bezüglich der Beschwerden im rechten Sakrum könnte gegebenenfalls eine diagnostische und therapeutische Infiltration unter CT-Kontrolle erfolgen. Die geklagten Beschwerden seien jedoch als gering einzustufen und wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht aus (Urk. 8/43 S. 35 ff.).

Prof. Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie, fand

bei seiner gutachterlichen Abklärung keinen Hinweis auf eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen. Die Schmerzen im Bereich des rechten Schultergelenks und der rechten Hüft- und Thorakalregion seien nicht neurogen, sondern orthopädisch zu bewerten. Die vorgetragene Kopfschmerzsymptomatik sei unspezifisch und klassifikatorisch nicht sicher zuzuordnen; differentialdiagnostisch sei ein Spannungskopfschmerz zu erwägen. Angesichts der Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Aggravation (deutliche Diskrepanz zwischen der anamnestisch vorgetragenen aktuellen Schmerzstärke und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck) und der Medikamentenanamnese, die differentialdiagnostisch auf einen Analgetikakopfschmerz hindeute, seien Ausprägung und Krankheitswertigkeit der beklagten Schmerzsymptomatik zweifelhaft, weshalb keine behindernde Gesundheitsstörung attestiert werden könne. Zu empfehlen sei eine schrittweise Entgiftung, bei Fortbestehen von Beschwerden ein Behandlungsversuch mit einem Trizyklikum. Angesichts der anamnestischen Daten und der Akten sei eine unfallbedingte relevante Kopfverletzung beziehungsweise ein

Schädelhirntrauma nicht wahrscheinlich. Die ursprünglich diagnostizierte minimal traumatic

brain

injury sei bestenfalls spekulativ. Eine solche wäre jedenfalls als leichtgradig zu klassifizieren. Die epidemiologische Evidenzlage zu leichtgradigen Schädelhirntraumen ergebe keine Belege für hieraus biologisch plausibel ableitbare dauerhafte zerebrale Störungen. Prospektive Studiendaten sprächen vielmehr gegen eine derartige Annahme. Klinische Hinweise für eine kognitive Störung lägen nicht vor. Das Unfallereignis sei angesichts der fehlenden Hinweise für ein relevantes Schädelhirntrauma, der seinerzeitigen zeitnahen Erstbefunde ohne Anhalt für eine relevante zerebrale Störung und des aktuellen klinischen Befundes nicht geeignet, eine dauerhafte zerebrale Störung biologisch plausibel zu begründen.

Da neuropsychologische Untersuchungen durch unbewusste, vorbewusste und bewusste Faktoren (Depression, Angst, Aggravation, Simulation, Täuschung) erheblich stöbar seien und die hieraus resultierenden Artefakte methodisch bislang unzureichend differentiell abgegrenzt worden seien, komme ihnen kein eigenständiger diagnostischer Wert zu und seien die Ergebnisse nur im Licht der klinischen Befunde sinnvoll interpretierbar. Da bei der Versicherten im Rahmen der psychiatrischen Vorbehandlungen depressive Störungssymptome erwogen worden seien, würden allfällige testpsychologische Daten in keinem Fall eine hirnorganische Beeinträchtigung zu belegen vermögen (Urk. 8/43 S. 63 ff.).

Die Gutachter kamen in der Konsensbeurteilung vom 11. August 2011 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig sei. Entsprechend den Ausführungen im orthopädischen Gutachten bestehe lediglich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/43 S. 2). Danach seien der Beschwerdeführerin angesichts der Leichtgradigkeit des noch zu erhebenden Defektsyndroms - eine leichte Einschränkung der globalen und glenohumeralen Beweglichkeit des Schultergelenkes - leichte und mittelschwere Tätigkeiten, insbesondere unter der Horizontalebene des Schultergelenkes (90° - Abduktion), zu 100 % ganztägig möglich.

Dabei sollten Heben und Tragen von Gegenständen über 5 kg, insbesondere in der Armvorhalteposition und bei Arbeiten über der Horizontalebene (entsprechend über Brust-/Kopfhöhe), eher vermieden werden. Das Hantieren sowie leichte und mittelschwere Tätigkeiten wie auch feinmotorische Arbeiten seien uneingeschränkt möglich, vor allem in Lendenhöhe. Auch grob manuelle Tätigkeiten seien möglich, jedoch unter Einhaltung der beschriebenen Gewichtslimiten. Eine Einschränkung der Handrotation bestehe nicht. Die bisherige Arbeit in einer Degustationsküche könne somit ebenso wie jede andere Tätigkeit unter Beachtung der genannten Einschränkungen wieder zu 100 %, das heisst zu täglich 8,5 Stunden, ausgeübt werden. Denkbar seien aufgrund der Ausbildung Bürotätigkeiten, Telefondienste oder Überwachungsarbeiten. Als Reinigungsangestellte sei die Versicherte hingegen nur noch zu 50 %

arbeitsfähig, da diese Tätigkeit teilweise mit Heben und Tragen schwerer Gegenstände (Wassereimer, Staubsauger), Arbeiten über der Horizontalebene (Fensterputzen, Reinigen von Oberschränken) und Arbeiten mit erhöhtem Kraftaufwand (Bodenreinigung) verbunden sei. Gegebenenfalls könne durch weitere Physiotherapie eine gezielte Verbesserung der glenohumeralen Beweglichkeit erreicht werden und durch eine röntgengesteuerte Infiltration des Akromioklavikulargelenks rechts eine zusätzliche Verbesserung der Symptomatik erzielt werden mit vermutlich positiver Auswirkung auf die Armvorhalteposition respektive Überkopfarbeiten.

(Urk. 8/43 S. 40 ff.). 3.

E. 2

Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie anzuordnen.

E. 3

Das Verfahren erweist sich als spruchreif. Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die IV-Stelle ging in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen gestützt auf dieses Gutachten davon aus, dass die Versicherte nach Ablauf des Wartjahres im Sinne von Art. 29 Abs. 1 IVG und der sechsmonatigen Frist seit der Anmeldung vom Mai 2010 in der Arbeitsfähigkeit als Küchenhilfe, die sie zu einem 60%igen Pensum versah, noch zu 50 % und als Hauswartin und Putzhilfe vollständig

eingeschränkt gewesen sei und dass der Invaliditätsgrad somit insgesamt 70 % betragen habe. Seit dem 20. Januar 2011 habe hinsichtlich der Tätigkeit in der Degustationsküche nur noch eine minimale beziehungsweise gar keine Einschränkung mehr bestanden und sei es der Versicherten zumutbar, anstelle der 40%igen Hauswart- und Putzhilftätigkeit das Pensum bei der Z. ___ zu erhöhen oder eine andere angepasste Tätigkeit anzunehmen (Urk. 2).

E. 3.2

Eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit findet sich im genannten Gutachten jedoch nicht. Namentlich der psychiatrische Gutachter hatte erst „per sofort“, mithin auf den Zeitpunkt der Begutachtung, eine Erhöhung der 80%igen Arbeitsfähigkeit beziehungsweise des

20 Wochenstunden umfassenden Pensums auf das ursprüngliche 60 %-Pensum bei der Z. ___ als zumutbar erachtet und daraus generell auf eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit geschlossen (Urk. 8/43 S. 14, 19). Das Gutachten der Ärzte der Klinik D. ___ bildet somit keine ausreichende Grundlage zur Annahme einer bereits vor dem August 2011 eingetretenen vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

Dementsprechend ging denn auch der zuständige Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) diesbezüglich erst ab dem Gutachtenszeitpunkt von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 8/50 S. 8 f.). Nicht nur die Angaben des Unfallversicherers zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/49), sondern auch die

von Hausarzt Dr. med. I. ___ am 14. Februar 2011 bescheinigte 20%ige Arbeitsunfähigkeit, auf die sich die IV-Stelle stützt, beziehen sich - im Einklang mit den früheren Attesten dieses Arztes (Urk. 8/9 S. 6, Urk. 8/18 S. 32 33) - jedenfalls

nur auf die ein 60%iges Pensum umfassende Tätigkeit bei der Z. ___.

Selbst ohne Berücksichtigung der Nebenerwerbstätigkeit als Hauswartin lassen somit die anderen medizinischen Unterlagen per 20. Januar 2011 immerhin

noch auf einen Anspruch auf eine halbe Rente begründenden Invaliditätsgrad von mindestens 52 % schliessen.

E. 3.3

Das vom Unfallversicherer eingeholte Gutachten der Ärzte der Klinik D.____ überzeugt

bezüglich der Beurteilung der aktuellen gesundheitlichen Situation

nicht. Dies gilt namentlich für die Gesamtbeurteilung, die sich auf die Bestätigung der von allen Teilgutachtern bescheinigten vollen Arbeitsfähigkeit beschränkt und auf das aus orthopädischer Sicht bestehende Anforderungsprofil verweist. Die Zumutbarkeitsbeurteilungen der einzelnen Teilgutachter sind nämlich zum Teil in sich widersprüchlich und einzelne für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeitsmassgebende Aspekte werden von ihnen unterschiedlich oder nicht überzeugend beurteilt.

So steht die in psychiatrischer Hinsicht attestierte vollumfängliche Arbeitsfähigkeit bei einem täglichen Pensum von 8,5 Stunden (Urk. 8/43 S. 19) in einem gewissen Widerspruch zu

Dr. F.____ Aussagen, dass

aus seiner Sicht nichts dagegen spreche, wenn die Versicherte ihren Arbeitseinsatz bei der Z.____ wieder auf das angestammte Pensum von 60 % erhöhe (Urk. 8/43 S. 14), und dass bei einer vollen Arbeitsleistung von täglich 8,5 beziehungsweise wöchentlich 42 Stunden die Wahrnehmung der Psycho- und Physiotherapie zeitlich gewährleistet sein sollte. Soweit für die von

ihm

bis zum Explorationszeitpunkt attestierte eingeschränkte Arbeitsfähigkeit unter anderem massgebend war, dass Anhaltspunkte für eine Aggravation der psychischen Symptomatik fehlten und die Beschwerdeschilderung glaubhaft, authentisch und nachvollziehbar war (Urk. 8/43 S. 11 f.), steht dies in einem gewissen Widerspruch

zum neurologischen Gutachten, in dem

von einer bewusstseinsnahen Aggravation die Rede ist und deshalb die Ausprägung und Krankheitswertigkeit der beklagten Schmerzsymptomatik

bezweifelt wird (Urk. 8/43 S. 63). Aus dem Gutachten geht nicht hervor,

dass dieser Widerspruch im Rahmen der Gesamtbeurteilung entsprechend den Gepflogenheiten bei einer polydisziplinären Expertise

(vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts I 87/04

vom 13. Juli 2004

E.

3 mit Hinweisen)

diskutiert und geklärt worden wäre.

Was im Übrigen die vom neurologischen Gutachter Prof. Dr. H.____ angeführte deutliche Diskrepanz zwischen der anamnestisch vorgetragenen aktuellen Schmerzstärke und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck anbelangt (Urk. 8/43 S. 59, 63), so kann aus dieser Feststellung entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die rückwirkend verfügte Befristung einer Invalidenrente setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung 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).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 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).

E. 9

) nicht auf Befangenheit geschlossen werden; gehört es doch zur Aufgabe des Gutachters, den Befund anhand der Klinik zu überprüfen und dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen, wozu insbesondere auch Angaben zum beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben gehören, wie auch Hinweise, welche zur Annahme von Aggravation führen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012

vom 11. Mai 2012 E. 5). Allerdings vermögen allein die von Prof. H.____ festgestellte Diskrepanz und der von

ihm angenommene Analgetikakopfschmerz

eine Aggravation nicht zu belegen, schildert er doch

die Versicherte die Schmerzen vor allem als belastungsabhängig (Urk. 8/43 S. 26, 49) und legt der Gutachter nicht dar, inwiefern sie, abgesehen vom zügigen und geschickten An- und Auskleiden (Urk. 8/43 S. 59),

im Rahmen seiner Untersuchungen Belastungen ausgesetzt war. Bezüglich der

von ihm bescheinigten vollen Arbeitsfähigkeit bleiben daher gewisse Zweifel bestehen .
Gleiches gilt für

sein e n Verzicht auf eine neuropsychologische Ab klärung . Nicht nur wies der
neurologische Gutachter allgemein darauf hin, dass die Zuverlässigkeit der
neuropsychologischen Testresultate unter anderem bei Aggravation beeinträchtigt sei,
sondern er begründete im Falle der Beschwer deführerin den Verzicht auf eine derartige
Abklärung damit, dass die

Ergebnisse angesichts der im Rahmen der Vorbehandlungen erwogenen psychiatrischen
Diagnose mit depres siven Störungssymptomen in keinem Fall als Beleg einer
hirnorganischen Beeinträchtigung verwertbar wären (Urk. 8/43 S. 64 f.) - dies allerdings
ohne nähere Angaben und ohne entsprechende Anhaltspunkte in den vorhandenen
medizinischen Akten .

Da von abgesehen

erweist sich das neurolo gische Teilgutachten auch insofern als unzuverlässig, als Prof.
H.____

fest hält , eine unfallassozierte Bewusstlosigkeit werde negiert (Urk. 8/43 S. 51), und die
ursprünglich diagno sti zierte minimal traumatic

brain

injury

„ als bestenfalls spekulativ “ beurteilt (Urk. 8/43 S. 64) . Diese Äusserungen stehen nicht
nur

im Wi d erspruch zu r

Angabe des Gutachters Dr. F.____ , die Be schwerdeführerin sei im Rahmen des Unfalls
bewusstlos gewesen (Urk. 8/43 S. 13) , sondern auch zu der von

den erstbehandelnden Ärzte n des C.____ im Bericht vom 28. Mai 2009 bezüglich des
Unfalls festgehaltenen Amnesie (Urk. 8/18 S. 27) und zu den Feststellungen von Dr. med.
J.____ , Fachärztin FMH für Neurologie, i m Be richt vom 12. Januar 20

E. 10

, die Beschwerdefüh re rin erinnere sich nicht mehr an den Zusammenprall mit dem
Personenwagen, der Tag nach dem Unfall fehle in ihrem Gedächtnis und sie könne sich an
die drei Tage auf der Intensivstation nur bruchstückhaft erinnern

(Urk. 8/18 S. 13) . Angesichts der rechtzeitig fest gestellten Amnesie, d e s Unfallhergang
s - die Beschwerdeführerin war durch die Kollision mit dem Personenwagen
weggeschleudert beziehungs weise durch die Luft geschleudert worden (Urk. 8/14 S. 8, 9,
10) - und d e s von Dr. J.____ er wä hnte n , im Schädel-CT sichtbar gewesene n kleine n

Galeahämatom s rechts occipital (vgl. Urk. 8/18 S. 13) reichen die eher allgemein
gehaltenen Überle gungen des neurologischen Gutachters betreffend Klassifikation und
epidemiologische Evidenzlage von Schädelhirntraumen

(Urk. 8/43 S. 64 , 74) zum Aus schluss weiterbestehende r Folgen der ursprünglich
diagnostizierten Commotio cerebri (Urk. 8/8 S. 5, Urk. 8/ 18 S. 27)

jedenfalls nicht aus .

Das orthopädische Teilgutachten beschränkt sich im Wesentlichen auf die im Bereich des rechten Schultergelenks bestehende und als nachvollziehbar bezeichnete Restsymptomatik, ohne dass auf die von Dr. med. K.____, Orthopäde Unfallchirurgie des C.____, am 11. Juli 2011, mithin nur drei Wochen vor dem Begutachtungszeitpunkt, diagnostizierte Ansatzentzündung der Supra- und Infraspinatussehne rechts (Urk. 8/40 S. 5) näher eingegangen wird. Auch setzt sich Gutachter Dr. G.____ mit den von der Versicherten im Becken- und Thoraxbereich geltend gemachten Beschwerden ebenso wenig

auseinander wie mit den im Hüftgelenk erhobenen Befunden und kommentiert die geltend gemachten Behinderungen nicht näher (Urk. 8/43 S. 26, 32).

Insofern ist denn auch die aus orthopädischer Sicht bezüglich einer 100%igen Tätigkeit bei der Z.____ bescheinigte voll e Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar, zumal diese Tätigkeit, so wie sie von der Beschwerdeführerin bei der Begutachtung beschrieben wurde (Urk. 8/43 S. 28), namentlich hinsichtlich der anfallenden Überkopfarbeiten nicht vollumfänglich das von Dr. G.____ vorgesehene

Anforderungsprofil (Urk. 8/43 S. 40 f.) erfüllt, in der Beschwerde geltend gemacht wird, die Versicherte müsse auch mit über 5 kg schweren Kochtöpfen hantieren (Urk. 1 S. 8), und der neurologische Gutachter festhält, gelegentlich müssten Gewichte bis zu 5 oder 10 kg bewegt werden (Urk. 8/43 S. 51). 4.

Angesichts dieser inhaltlichen Mängel erweist sich das von der IV-Stelle aus dem unfallversicherungsrechtlichen Verfahren beigezogene polydisziplinäre Gutachten nicht als beweiskräftig. Die Sache ist daher zur Einholung eines beweistauglichen interdisziplinären Gutachtens an die IV-Stelle zurückzuweisen.

Dieses Vorgehen und der damit verbundene ausnahmsweise Verzicht auf ein Gerichtsgutachten im Sinne von BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4, wie es auch von der Beschwerdeführerin beantragt wird (Urk. 1 S. 2),

ist

vorliegend deshalb geboten, weil im Hinblick auf einen allfälligen Einkommensvergleich und eine aussagekräftige medizinische Beurteilung noch Abklärungen zur effektiven Berufstätigkeit der Beschwerdeführerin erforderlich sind.

Der Arbeitgeberbericht der Y.____ vom 8. Juni 2010 betrifft nämlich nur die vom 1. Februar 2002 bis Ende Mai 2007 dauernde Anstellung der Beschwerdeführerin als Mitarbeiterin des Restaurants L.____ (Urk. 8/15).

Folglich ist

auch vom Z.____, bei dem die Versicherte seit September 2007 im Bereich der Degustation von Speiseprodukten beziehungsweise als Leiterin der Degustationsküche angestellt ist (Urk. 8/2 S. 7, Urk. 8/6, Urk. 8/18 S. 3, Urk. 8/43 S. 8, 51, Urk. 8/50 S. 1), ein Arbeitgeberbericht mit einer Beschreibung der konkreten Tätigkeit einzuholen, von der Aufschluss zur Zumutbarkeit der nach dem Unfall wieder aufgenommenen 60%igen Tätigkeit in der Degustationsküche

zu erwarten ist. Des Weiteren

wird vor der erneuten Begutachtung zu klären sein, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin

nebst der Arbeit beim Z.____

als Putzfrau und Hauswartin tätig war und ob sie im Gesundheitsfall diesen beiden Beschäftigungen weiter hin im bisherigen Ausmass nachgehen würde. Denn die von der B.____ und der A.____

in den Berichten vom 3. und 23. Juni 2010 angegebene n

Pensum von zirka 25 und 10 Stunden pro Woche (Urk. 8/7, 8/19 je S. 2)

deuten darauf hin, dass mit diesen beiden Arbeitsverhältnissen nicht bloss ein Pensum von 30 bis 40 %, mithin ein Gesamtpensum von 100 %, erreicht wurde, wie dies die IV-Stelle aufgrund der Auskunft des Unfallversicherers vom

4. Januar 2012 annehm (Urk. 8/49, Urk. 8/50 S. 1), sondern dass die Beschwerdeführerin insgesamt zu wesentlich mehr als 100 % erwerbstätig war. Sollte sich dies bei den vorzunehmenden beruflichen Abklärungen bestätigen, wird dies

bei der allfälligen Ermittlung des Valideneinkommens zu berücksichtigen sein (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8 C_46/2013 vom 27. August 2013 E. 2.3) und wird sich in medizinischer Hinsicht auch die Frage stellen, ob eine angepasste Tätigkeit auch in einem 100 % übersteigenden Arbeitspensum zumutbar wäre. 5.

Bei diesem Verfahrensausgang, der einem vollständigen Obsiegen der Beschwerdeführerin gleichkommt (BGE 137 V 57 E. 2.2), hat die Beschwerdegegnerin die gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG anfallenden, mit Fr. 800. zu bemessenden Gerichtskosten zu tragen. Auch hat die durch einen Anwalt vertretene Beschwerdeführerin

laut Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist entsprechend der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeiten des Prozesses auf Fr. 2'600.--

(inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 4. September 2012 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin, nach durchgeführten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin

auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden ihr nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, der Beschwerdeführerin

eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel unter Beilage des Doppels von Urk. 14 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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
Condamin

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