

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00282 vom 29. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00282](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00282)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00282 du 29 mai 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00282 del 29 maggio 2015

## Erwägungen

### E. 1

Die 1961 geborene X.\_\_\_\_, ohne berufliche Ausbildung, verheiratet und Mutter von vier erwachsenen Kindern, war ab 1. April 1996 mit einem Beschäftigungsgrad von 70 % im Hausdienst des Y.\_\_\_\_ angestellt, als sie am 28. April 2010 auf einem Fussgängerstreifen von einem Personewagen angefahren und verletzt wurde (Unfallmeldung vom 3. Mai 2010 [Urk. 7/10/2]).

Die medizinische Erstbehandlung erfolgte im Spital Z.\_\_\_\_, wo am 28. und 30. April 2010 eine dislozierte distale Zweietagen-Unterschenkel-Fraktur rechts mit oberflächlicher Schürfwunde prätibial distal rechts und eine dislozierte Clavicula-Fraktur im mittleren Drittel links operativ versorgt wurden (vgl. Operationsberichte vom 29. und 30. April 2010 [Urk. 7/10/14-15]). Die bei Spitaleintritt mittels CT-Untersuchung festgestellte und im Verlaufs-CT vom 30. April 2010 unauffällig gebliebene nicht dislozierte temporobasale Schädelbasis-Fraktur links (Jochbogen-, Sphenoid- und laterale Orbitawand-Fraktur je links) war weder behandlungs- noch kontrollbedürftig (Austrittsbericht vom 10. Mai 2010 [Urk. 7/10/12-13]). Nach am 10. Mai 2010 erfolgter Spitalentlassung weilte die Beschwerdeführerin bis am 7. Juni 2010 in der A.\_\_\_\_, wo sich auch von Seiten der Schädelbasis-Fraktur weiterhin keine Komplikationen ergaben (Austrittsbericht vom 9. Juni 2010 [Urk. 7/10/8-10]).

Am 30. Juli 2010 meldete sich X.\_\_\_\_ unter Hinweis auf die gesundheitlichen Folgen des Unfalls vom 28. April 2010 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/2). Nachdem am 6. Oktober 2010 das Osteosynthesematerial im Bereich der vollständig konsolidierten Claviculafraktur entfernt worden war (vgl. dazu Urk. 7/16 S. 1 Ziff. 1.1), begab sich die Versicherte am 4. Februar 2011 in psychiatrische Behandlung (Urk. 7/43). Zudem unterzog sie sich im Februar und März 2011 verschiedenen diagnostischen Abklärungen im B.\_\_\_\_ (Bericht vom 30. März 2011 [Urk. 7/46], vgl. auch Urk. 7/44-45), wo sie bereits ein halbes Jahr zuvor vorgestellt geworden war. Am 8. August 2011 erging im Auftrag des für das Ereignis vom 28. April 2010 zuständigen Unfallversicherers ein interdisziplinäres Gutachten der C.\_\_\_\_ (Urk. 7/35/2-79).

Mit unbeanstandet gebliebener Mitteilung vom 3. Oktober 2011 (Urk. 7/38) stellte die IV-Stelle ihre Bemühungen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit der Versicherten ein. Sodann zeigte sie die ser mit Vorbescheid vom 20. Dezember 2011 (Urk. 7/42) an, dass sie einen Leistungsanspruch mangels Invalidität im Sinne des Gesetzes zu verneinen gedenke. Nach Prüfung des dagegen erhobenen Einwandes (Urk. 7/51) und Zugang des im Auftrag des Berufsvorsorgeversicherers erstellten psychiatrischen Gutachtens

vom 20. Dezember 2011 (Urk. 7/56) verfügte die IV-Stelle am 22. Februar 2013 (Urk. 2) im angekündigten Sinne.

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; 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. 1.2**

hiervor) nur ausnahmsweise zu einer Invalidität im Rechtssinne zu führen vermag. 5. 3

#### 5. 3 . 1

Soweit die Beschwerdeführerin durch verschiedene andere, teilweise nach Erstatung des C.\_\_\_\_-Gutachtens erhobene Befunde und

Diagnosen relevant in ihrem Leistungsvermögen eingeschränkt sein will (vgl. insbesondere Urk. 1 S. 3 f. und S. 18), vermag sie sich auf keine beweiskräftige medizinische Einschätzung zu berufen, welche ihren Standpunkt stützen und eine massgebliche Arbeitsunfähigkeit attestieren würde. 5. 3 .2

Dies gilt nicht nur hinsichtlich der arteriellen Hypertonie und der Gonarthrose (vgl. Bericht der Klinik S.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2012 [Urk. 7/64/222-223]), sondern auch in Bezug auf die Zahnbeschwerden (Urk. 1 S. 12

f.). In den Berichten der mit der Beschwerdeführerin befassten Zahnärzte Dr es . med. dent . T.\_\_\_\_ und U.\_\_\_\_ vom 30. April (Urk. 7/64/224-225) respektive 2. August 2012 (Urk. 7/64/207-211) fehlt jeglicher Hinweis darauf, dass von Seiten des Gebisses eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen haben soll. Soweit sich die Beschwerdeführerin von zahnmedizinischen Untersuchungen Rückschlüsse auf die geklagten Kopfschmerzen verspricht, handelt es sich dabei um eine blosser Mutmassung ohne medizinische Grundlage. 5. 3 . 3

Sodann trifft es mit der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 15 und S. 18) zwar zu, dass sich nach dem Dafürhalten der

Fachärzte der C.\_\_\_\_ (Gutachten S. 51 und 52) gewisse Aspekte der psycho-kognitiven und der verhaltensmässigen Problematik (Ermüdbarkeit, Müdigkeit, Reizbarkeit, vegetative Dysbalancierung, subjektive kognitive Beeinträchtigung usw.) zumindest im Anfangsstadium allenfalls durch die Hypothyreose erklären liessen. Wie den medizinischen Akten entnommen werden kann und die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung in der C.\_\_\_\_

kundgab (Gutachten S. 28 oben), hat sich jedoch die Situation von Seiten der Schilddrüse (Unterfunktion) unter entsprechender Therapie normalisiert. Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kann deshalb ohne die beantragten endokrinologische Abklärungen zuverlässig ausgeschlossen werden. 5.3.4

Der Standpunkt der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 3, S. 10 f. und S. 18), wonach die von den Ärzten des B.\_\_\_\_ gestützt auf die Elektroneuro myographien vom 4.

März 2011 (Urk. 7/44) und 5.

Dezember 2012 (Urk. 7/67/5 6) festgestellte Läsion des Nervus

peroneus

superficialis rechts einen Einfluss auf die Stand- und Gehsicherheit haben soll, findet in den medizinischen Akten keine Stütze. Abgesehen davon, dass diese Diagnose von Dr. O.\_\_\_\_ (vgl. E. 3. 8 hiervor) ernsthaft in Frage gestellt wurde, führt eine solche Nervenschädigung nach übereinstimmender Auffassung von Dr. J.\_\_\_\_ (Bericht vom 30. März 2011 [Urk. 7/46/4 S. 4]) und Dr. O.\_\_\_\_

zwar zu einer Missempfindung am rechten Fussrücken, was aber keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zeitigt. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2013 (vgl. E. 3.9 hier vor), worin die behandelnde Neurologin weiterhin lediglich eine Hypästhesie, mithin eine herabgesetzte Berührungs- respektive Schmerzempfindung im Bereich des Innervationsgebiets des angeblich geschädigten Nervs befandete. Damit im Einklang steht, dass der neurologische C.\_\_\_\_ - Gutachter (Gutachten S. 51) keine strukturelle Störung erheben

konnte und die angegebenen Hypo sensibilitäten am linken Arm und rechten Bein als pseudoradikulär im Rahmen der Schmerzen interpretierte. 5.3.5

In der Tat brachte die – zwecks Abklärung der geklagten Kopfschmerzen durchgeführte – MR-Untersuchung des Kopfes und der HWS vom 18. Februar 2011 nebst geringgradigen degenerativen Veränderungen der zervikalen Wirbelsäule eine mediane Diskushernie Th3/Th4 mit leichter Myelompression (richtig: Myelokompression) ohne Zeichen einer Kompressionsmyelopathie zur Darstellung (Bericht vom 19. Februar 2011 [Urk. 13/M43/10-11] im Prozess UV.2012.00290).

Jedoch liegt keine ärztliche Stellungnahme vor, wonach sich dieser Befund auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewirkt hätte. Insbesondere wurde dies auch nicht durch die behandelnden Ärzte des B.\_\_\_\_ bescheinigt, welche die Bildgebung veranlasst hatten (vgl. Bericht vom 30. März 2011 [Urk. 7/46], vgl. auch Urk. 7/44-45).

Bei der am 27. Oktober 2011 (Urk. 1 S. 11) festgestellten paramedianen linksseitigen Diskushernie Th2/Th3 mit lokaler Myelompression (richtig: Myelokompression, vgl. E. 3. 4 hiervor) handelt es sich um einen Nebenbefund im Rahmen einer Bildgebung, welche die Hausärztin mit der Indikation „Seit 5 Tagen Schwindel, Präsynkope, Parästhesien frontal und Tinnitus. Ausschluss einer Raumforderung, vertebralo-basilläre Insuffizienz?“ in Auftrag gegeben hatte. Gemäss Stellungnahme von Dr. O.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2012 (Urk. 7/64/197-203) ist die degenerativ bedingte Diskushernie Th2/Th3 – wie auch Th3/4 – gering ausgeprägt.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 11) bestand für die C.\_\_\_\_ -Gutachter kein Anlass für diesbezügliche Weiterungen. 5.3.6

Bei dem im Bericht von Dr. J. \_\_\_ vom 13. Februar 2013 (Urk. 7/67/2-4) erwähnten lumboradikulären Reiz- und Ausfallsyndrom L5 (vgl. Bildgebung vom 7. Dezember 2012 [Urk. 7/67/7-8]) handelt es sich trotz fachkundiger Abklärung lediglich um eine Verdachtsdiagnose, bezüglich welcher nebst detonisierenden Massnahmen ein begleitendes Muskelaufbau- und Konditionstraining empfohlen und erst im Falle eines Rezidivs weitergehende Abklärungsmassnahmen als indiziert erachtet wurden. Sie ist nicht geeignet, die gutachterlichen Schlussfolgerungen in Frage zu stellen. 5. 3. 7

Es ist der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 11 f.) darin beizupflichten, dass Dr. L. \_\_\_ im Rahmen seiner Expertise vom 20. Dezember 2011 (vgl. E. 3. 5 hiervor)

naturgemäss nur der gesundheitlichen Situation bis zum letzten der drei Explorationsgespräche (19. November 2011) Rechnung tragen konnte. Dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im weiteren Verlauf massgeblich verschlechtert hätte, geht aus den Akten und namentlich dem Bericht der Hausärztin vom 29. März 2012, wonach die diskutierten Beschwerden im Verlauf eines Jahres nach dem Unfall aufgetreten waren (Urk.

7/64/232 unten), nicht hervor und wurde auch von der Beschwerdeführerin nicht aufgezeigt. Dem blossen Umstand, dass die angefochtene Verfügung vom 22. Februar 2013 (Urk. 2) erst über ein Jahr später erging, ist für sich alleine nichts abzugewinnen. 5. 4

Zusammengefasst ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin auf die Einschätzung der C. \_\_\_ -Gutachter abgestellt hat. Dass sich die medizinischen Verhältnisse im Nachgang zum C. \_\_\_ -Gutachten vom 8. August 2011 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Februar 2013 (Urk. 2) entscheidend wesentlich verschlechtert hätten, ist nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) erstellt. 6. 6.1

Zu prüfen bleibt, ob die praxisgemässen

Voraussetzungen

für die Annahme einer ausnahmsweisen Unüberwindbarkeit des pathogenetisch -ätiologisch unklaren Beschwerdebildes gegeben sind (vgl. E. 1.2 hiervor). 6.2

Eine Komorbidität im Sinne eines vom Schmerzgeschehen losgelösten eigenständigen psychischen Leidens von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer ist nicht ausgewiesen.

Die von den C. \_\_\_ -Gutachtern und Dr. L. \_\_\_ (vgl. E. 3.1 und E. 3.5 hiervor) diagnostizierte leichte bis höchstens mittelschwere depressive Symptomatik

stellt grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitszustandes dar, welche es der Beschwerdeführerin verunmöglichen würde, trotz ihrer Beschwerden zu arbeiten. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2012 vom 29. August 2012 E. 4.3.2). Die von Dr. P. \_\_\_ (Urk. 7/43) gestellte und von Dr. M. \_\_\_ (vgl. E. 3.7 hiervor) übernommene Diagnose einer posttraumatischen (Belastungs-)Störung ist – wie von Dr. L. \_\_\_ nachvollziehbar dargelegt (vgl. Urk. 7/56 S. 34) – nicht hinreichend nachgewiesen. 6.3

Dass die alternativ in Frage kommenden Morbiditätskriterien (vgl. E. 1.2 hier vor) in genügender Intensität und Konstanz erfüllt sein sollen, um den Schluss auf einen ausnahmsweise invalidisierenden Charakter der Beschwerden zuzulassen, geht aus den (medizinischen) Unterlagen nicht hervor und wurde auch beschwerdeweise nicht geltend gemacht.

Eine massgebende chronische körperliche Begleiterkrankung liegt nicht vor, erschöpft sich die Chronifizierung doch einzig in der Schmerzproblematik und eben gerade nicht in einer körperlichen (bildgebend nachweisbaren) Pathologie. Ebenso wenig besteht ein umfassender sozialer Rückzug in sämtlichen Lebensbereichen, verfügt die Beschwerdeführerin doch über intakte Beziehungen zu ihrem Ehemann und den erwachsenen Kindern, wobei sie einkaufen und spazieren geht. Zudem telefoniert sie wöchentlich mit ihren vier Brüdern (vgl. Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_, Urk. 7/56 S. 17 und S. 18 je oben).

Ein primärer Krankheitsgewinn im Sinne einer Flucht in die Krankheit ist ebenfalls nicht ausgewiesen. Schliesslich kann mit Blick auf die in den Akten dokumentierte subjektive Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin und die von ihr unternommenen bescheidenen Therapiebemühungen weder von unbefriedigenden Ergebnissen konsequent durchgeführter Behandlungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) noch von gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person gesprochen werden. Folglich bleiben die pathogenetisch - ätiologisch unklaren Beschwerden ohne invalidenversicherungsrechtliche Relevanz. Insofern kann dahingestellt bleiben, ob sich die von Dr. L.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 80 % auf ein Vollzeitpensum oder

wie von der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 12) postuliert - auf das vormals von ihr ausgeübte 70 %- Pensum bezieht. 7.

### **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 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

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

### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E.

4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Es sei eine IV-Rente vom 1. Mai 2011 bis 31. August 2011 auf der Basis einer 80 % Invalidität zu verfügen.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) auf den Standpunkt, gemäss dem C.\_\_\_\_-Gutachten sei die somatische Heilentwicklung nach dem Ereignis vom 28. April 2010 regelrecht verlaufen. Es habe sich mit zeitlicher Latenz eine psychische Fehlentwicklung eingestellt, welche als nicht unfallkausal beurteilt worden sei. Da der Beschwerdeführerin aufgrund der Unfallfolgen die bisherige Tätigkeit wieder zumutbar sei, keine unfallfremden somatischen Leiden vorlägen und es sich bei der psychischen Störung nicht um einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden handle, liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor. An dieser Einschätzung hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 6) fest.

### **E. 2.2**

Dagegen brachte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) vor, dass das Gutachten der C.\_\_\_\_

nicht beweistauglich sei und es in den Bereichen der Zahnmedizin, Psychiatrie, Neurologie und Endokrinologie an entscheidend relevanten medizinischen Erhebungen fehle, weshalb die Sache zur ergänzenden Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei (S. 7 ff.). Jedenfalls aber stehe ihr unter Berücksichtigung der vom Unfallversicherer bis Ende August 2011 ausbezahlten Taggelder ab Ablauf der einjährigen Wartezeit respektive vom 1. Mai bis 31. August 2011 eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 80 % zu (S. 19). Eine solche könne sie auch in der Zeit nach Ende August 2011 beanspruchen, falls von weiteren medizinischen Abklärungen abgesehen und auf die sich in den IV- und UV-Akten befindlichen Arztberichte – mit Ausnahme des C.\_\_\_\_-Gutachtens – abgestellt werde, da damit eine 100%ige Einschränkung im Erwerb und Haushalt ausgewiesen sei und die Invaliditätsbemessung anhand der gemischten Methode einen Invaliditätsgrad von 80 % ergebe (S. 19 f.). 3.

## **E. 3**

a) Es sei die Angelegenheit an die verfügende Verwaltungsbehörde zur weiteren Abklärung zurückzuweisen. b) Eventualiter sei eine Invalidenrente nach dem 31. August 2011 auf der Basis einer 80 % Invalidität auszusprechen. c) Subeventualiter sei das Beschwerdeverfahren vorläufig zu sistieren bis eine rechtskräftige Entscheidung im Verfahren UV.2012.00290 vor dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich in Sachen X.\_\_\_\_ gegen AXA Versicherungen AG betreffend Unfallversicherungsleistungen ergangen ist.

### E. 3.1

Die Beschwerdegegerin stützte sich in medizinischer Hinsicht insbesondere auf das vom Unfallversicherer eingeholte

interdisziplinäre C.\_\_\_\_-Gutachten vom 8. August 2011 (Urk. 7/35/2-79). Darin stellten Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nach Untersuchungen vom 12. und 24. Mai 2011 sowie einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (S. 2)

die folgenden Diagnosen (S. 53 f.): - Status nach Schädeltrauma am 28. April 2010 mit temporo-basaler Schädelfraktur links mit Jochbeinfraktur links,

Sphenoidfraktur, lateraler Orbitawandfraktur - mögliche, jedoch nicht überwiegend wahrscheinliche leichte Comotio cerebri - Kopfschmerz vom Spannungstyp (differentialdiagnostisch im Rahmen der psychosozialen Belastungen beziehungsweise durch Medikamentenmissbrauch) - unklarer Schwindel (differentialdiagnostisch phobischer Schwindel beziehungsweise im Rahmen der psychovegetativen Dysbalance beziehungsweise orthostatisch mitbeeinflusst) - keine Hinweise auf posttraumatischen Lagerungsschwindel initial und im Verlauf nach Oktober 2010 beziehungsweise bei aktuellen Untersuchungen - Status nach distaler, dislozierter 2-Etagen-Fraktur des rechten Unterschenkels - Status nach operativer Frakturbehandlung mittels Tibiamarknagel (Fraktur in korrekter Stellung konsolidiert; Osteosynthesematerial in situ) - auch am rechten Bein persistierende, mit objektiven Befunden nicht gänzlich erklärbare (differentialdiagnostisch durch Marknagelung verursachte) subjektiv invalidisierende Schmerzen mit Beinbelastung an einem Amerikanerstock - Status nach Schultertrauma links mit Claviculaschaft-Fraktur im mittleren Drittel - Status nach Marknagelosteosynthese der Claviculafraktur - Status nach Marknagelentfernung bei geheilter Fraktur in guter Stellung - weiterhin bestehende, durch klinische Befunde nicht zu erklärende Funktionseinschränkung der linken Schulter mit Einschränkung der Beweglichkeit und Kraft infolge der Schulterschmerzen, erklärbar durch Selbstlimitierung und maladaptives Verhalten - depressive Episode gegenwärtig leicht, im Verlauf schwankend zwischen leicht bis mittelschwer - Schmerzverarbeitungsstörung

Unter dem Titel

„Zusammenfassung und Beurteilung“ (S. 42 ff.) hielten die C.\_\_\_\_-Gutachter im Wesentlichen dafür, dass bei der Beschwerdeführerin eine Symptomausweitung und massive Selbstlimitierung bestehe, welche insbesondere im Rahmen der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; vgl. dazu Bericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2011, gezeichnet unter anderem von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie [Urk. 7/35/80-84]) zum Ausdruck gekommen sei (S. 53). Die geklagten Beschwerden seien durch die objektiven Befunde nicht erklärbar mit Ausnahme der residuellen Beschwerden im Bereich der Eintrittspforte am Ligamentum patellae, welche durch das Einbringen des Tibiamarknagels im Rahmen der Osteosynthese der rechtsseitigen Unterschenkelfraktur erklärt werden könnten und voraussichtlich nach dessen Entfernung zurückgehen würden (S. 19 und S. 55). Von den erhobenen Diagnosen habe lediglich die Schmerzverarbeitungsstörung einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 56 und S. 69). Die psychische Problematik stehe seit etwa Oktober

2010 im Vordergrund (S. 76). 3. 2

Im Nachgang zum C.\_\_\_\_-Gutachten ergingen zahlreiche

ärztliche Berichte, unter anderem die Stellungnahme der am B.\_\_\_\_ tätigen Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, vom 26. September 2011 (Urk. 7/64/143). Darin führte die bereits früher mit der Beschwerdeführerin befasste Ärztin (vgl. Bericht vom 30. März 2011 [Urk. 7/46]) unter Verweis auf die von ihr aufgelegte Literatur (Urk. 7/64/141-142) aus, dass im Falle der Beschwerdeführerin die Diagnosekriterien für ein leichtes Schädel-Hirntrauma (Commotio cerebri) erfüllt seien, auch wenn die Anamnese bezüglich Bewusstlosigkeit und Erbrechen negativ ausfalle. Sodann seien im Rahmen des

C.\_\_\_\_ Gutachtens die von Dipl.-Psych. K.\_\_\_\_ erhobenen neuropsychologischen Defizite (vgl. Bericht vom 9. März 2011 [Urk. 7/45]) und die in der Elektro-neuromyographie

(ENMG) vom 4. März 2011 festgestellte Läsion des Nervus

Peroneus

superficialis rechts (vgl. Bericht vom 7. März 2011 [Urk. 7/4

### **E. 3.6**

Am 14. Februar 2012 wurde das Osteosynthesematerial im Bereich des rechten Unterschenkels (Tibiamarknagel) im Rahmen eines stationären Aufenthalts im Spital Z.\_\_\_\_ entfernt (Operationsbericht vom selben Datum [Urk. 7/64/236 237]). Nach einem komplikationslosen intra- und postoperativen Verlauf wurde die Beschwerdeführerin drei Tage später bei erlaubter Vollbelastung entlassen (Austrittsbericht vom 17. Februar 2012 [Urk. 7/64/234 235]). 3.

### **E. 4**

Auf Veranlassung der Hausärztin wurde am 27. Oktober 2011 mit der Indikation „Seit 5 Tagen Schwindel, Präsynkope, Parästhesien frontal und Tinnitus. Ausschluss einer Raumforderung, vertebro-basiläre Insuffizienz?“ eine MR-Untersuchung des Hirnparenchyms, der HWS und der oberen Brustwirbelsäule (BWS) durchgeführt. Diese blieb bis auf eine paramediane linksseitige Diskushernie Th2/Th3 mit lokaler Myelonimpression als Nebenbefund unauffällig, insbesondere auch von Seiten der intrakraniellen Gefäße (Bericht vom 28. Oktober 2011 [Urk. 7/64/87]). 3.

### **E. 4.1**

mit Hinweisen).

Anhaltspunkte für Verständigungsschwierigkeiten oder unzureichende Erhebungen, welche die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ als unzuverlässig erscheinen liessen, sind nicht auszumachen, zumal bei der Exploration eine Dolmetscherin zugegen war. Dass die Beschwerdeführerin die gutachterlichen Fragen dennoch teilweise spontan, mithin ohne vorgängige Übersetzung beantwortete (vgl. Gutachten S. 22 oben), kann Dr. F.\_\_\_\_ nicht zum Vorwurf gereichen, ist doch davon auszugehen, dass er im Falle von Unklarheiten in Bezug auf wesentliche Aspekte nachgefragt hätte. Solche können in den monierten Falschangaben, namentlich der Höhe der Hypothekbelastung der Liegenschaft der Beschwerdeführerin und im Alter ihrer Enkeltochter, nicht erblickt werden. Dass Dr. F.\_\_\_\_ gewichtige Auskünfte zur Familien- und Sozialanamnese unzureichend erfragt haben soll, ist nicht ersichtlich. Die Herkunft aus einem bestimmten Kulturkreis stellt insofern ein

rechtlich unbeachtliches Invaliditätskriterium dar, als sich daraus allein kein Leistungsanspruch ableiten lässt; derartige soziokulturelle Umstände zählen nicht zu den im Rahmen von Art. 4 Abs. 1 IVG (vgl. E.

#### E. 4.2

Gestützt auf die medizinische Aktenlage, insbesondere das C.\_\_\_\_-Gutachten, steht fest, dass die somatischen Folgen des Unfalles vom 28. April 2010, namentlich die erlittenen Frakturen im Bereich des rechten Unterschenkels, der linken Clavicula und des Schädels, regel- und zeitgerecht abgeheilt und die persistierenden Beschwerden nicht mehr durch ein ausreichendes organisches Korrelat erklärbar sind. Mithin leidet die Beschwerdeführerin im Wesentlichen an einem pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage, welches nach der Rechtsprechung (vgl. E. 1.2 hiervor) nur ausnahmsweise zu einer Invalidität im Rechtssinne zu führen vermag.

Für einen solchen Schluss spricht insbesondere auch die Einschätzung von Dr. M.\_\_\_\_, welcher ebenfalls von einem organisch nicht hinreichend erklärbaren chronischen Schmerzzustand ausging (vgl. E. 3.7 hiervor). Wie aus den nachfolgenden Erwägungen folgt, ist zudem aktenmässig nicht hinreichend erstellt, dass die Beschwerdeführerin im massgebenden

Beurteilungszeitraum

- wie von ihr behauptet -

aufgrund unfallfremder

Diagnosen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen wäre. 5.5.1

Soweit die Beschwerdeführerin unter den Aspekten des medizinischen Endzustandes (Urk. 1 S. 7 ff.) und der (Teil-)Kausalität (Urk. 1 S. 11 Mitte und S. 13 unten) von einer unzureichenden Sachverhaltsabklärung ausgeht, ist vorweg zuzusagen, dass – im Gegensatz zum Recht der Unfallversicherung, bei welchem ein etwaiger Rentenanspruch erst entsteht, wenn von der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG]) – im Bereich der Invalidenversicherung das Erreichen des medizinischen Endzustandes nicht verlangt ist. Vielmehr sind – wie beschwerdeweise festgehalten (Urk. 1 S. 7 Mitte) – der Ablauf des Wartjahres und eine nachfolgende Invalidität im Umfang von mindestens 40 % bei fehlender Eingliederungsfähigkeit massgeblich (vgl. E. 1.3 hiervor). Dabei ist angesichts der finalen Ausgestaltung der Invalidenversicherung unerheblich, wodurch eine allfällige Gesundheitsschädigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entstanden ist. Insofern geht die solchermassen begründete Forderung nach ergänzenden medizinischen Abklärungen ins Leere. 5.2.5.2.1

Die von der Beschwerdeführerin am C.\_\_\_\_-Gutachten in verschiedener Hinsicht geübte Kritik wurde mit der ergänzenden Stellungnahme der Sachverständigen vom 7. Dezember 2011 (vgl. E. 3.3 hiervor) bereits entkräftet und ist nicht stichhaltig. 5.2.2

Dies gilt zunächst für die beschwerdeweise erhobenen Einwände (Urk. 1 S. 14 ff.) gegen die gutachterliche Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_. Dieser verfügt unstreitig über den Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, welcher ihn befähigt, die psychiatrische Dimension der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin festzustellen.

Dass er dabei die Befunde nicht nach dem System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) erhob, tut seiner Einschätzung keinen Abbruch, da die Rechtsprechung solchen Testverfahren höchstens ergänzende Funktion zuerkennt und die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als entscheidend erachtet (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_266/2012 vom 2. Juli 2012 E.

#### **E. 5**

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher die Beschwerdeführerin am 18. Juni, 9. Juli und 19. November 2011 im Auftrag des Berufsvorsorgeversicherers untersucht hatte, diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 20. Dezember 2011 (Urk. 7/56) eine leichte bis höchstens mittelschwere depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0, F32.1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und vermerkte, dass die Schmerzsymptomatik nicht so ausgeprägt sei, als dass eine somatoforme Schmerzstörung angenommen werden müsse (S. 33-35 und S. 42). Er ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin aufgrund einer verminderten Flexibilität und Durchhaltefähigkeit in ihrem Leistungsvermögen eingeschränkt sei. In Anbetracht eines erhöhten Pausenbedarfs und einer verkürzten Präsenzzeit sei medizinisch-theoretisch von einer an fünf Tagen pro Woche umzusetzenden Arbeitsfähigkeit von (mindestens) 80 % auszugehen, sofern es sich überwiegend um strukturierte Arbeit mit Routineaufgaben handle, wie dies auf die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin im Hausdienst des Y.\_\_\_\_

zutreffe (S. 40 f.).

#### **E. 7**

Der die Beschwerdeführerin ab Sommer 2012 schmerzmedizinisch behandelnde Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Leitender Arzt Schmerz- und Komplementärmedizin Spital N.\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 12. September 2012 (Urk. 7/64/204-205) die folgenden Diagnosen: - Chronifiziertes Schmerzsyndrom Bein rechts und Schulter links bei Status nach Polytrauma am 28. April 2010 mit - Unterschenkel-Zwei-Etagen-Fraktur rechts mit Osteosynthese und Entfernung des Osteosynthesematerials (OSME) - Claviculafraktur links mit Osteosynthese und OSME - Schädelbasisfraktur - Nacken-Kopfschmerzen im Sinne eines Spannungskopfschmerzes - Posttraumatische Belastungsstörung

Er ging davon aus, dass persistierende organische Defizite beziehungsweise pathologische anatomische Ursachen wahrscheinlich nur untergeordnet an der Schmerzerhaltung beteiligt seien. 3.

#### **E. 7.1**

Nach dem Ausgeführten fehlt es im massgebenden Beurteilungszeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Februar 2013 (Urk. 2) an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden, sodass eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ausser Betracht fällt.

An diesem Ergebnis vermag der Umstand, dass der für das Ereignis vom 28. April 2010 zuständige Unfallversicherer bis Ende August 2011 Taggelder ausrichtete, nichts zu ändern. Mit dem gegenteiligen Standpunkt verkennt die Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2 und S. 19), dass die Anspruchsvoraussetzungen verschieden sind und keine Bindungswirkung

zum Tragen kommt. Entsprechend kann ihrem Antrag auf Zusprache einer befristeten Rente für die Zeit vom 1. Mai (gemeint wohl: 1. April; vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG) bis 31. August 2011 (Urk. 1 S. 2 und S. 19) nicht stattgegeben werden.

### **E. 7.2**

Von weiteren medizinischen Abklärungen ist kein entscheidrelevanter Aufschluss zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d). 8.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 22. Februar 2013 (Urk. 2) als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

### **E. 8**

Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und beratender Arzt des Unfallversicherers, konstatierte in seiner Aktenbeurteilung vom 31. Oktober 2012 (Urk. 7/64/197-203), er habe den Ausführungen der Ärztin der C.\_\_\_\_ nichts beizufügen. Sämtliche Beschwerden seien durch eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung bei depressiver Verstimmung zu erklären. Aus dem Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ vom 30. März 2011 (vgl. Urk. 7/46) ergäben sich keine zusätzlichen Erkenntnisse. Die von der Neurologin postulierte Läsion des Nervus

peroneus

superficialis sei anhand der ENMG vom 4. März 2011 (vgl. Bericht vom 7. März 2011 [Urk. 7/44]) nicht belegt. Obgleich nicht erklärt worden, weshalb dieser in den Weichteilen verlaufende Nerv überhaupt geschädigt sein sollte. Zudem würden sich bei einer solchen Nervenschädigung lediglich Sensibilitätsstörungen im Bereich des Fussrückens zeigen, welche die Arbeitsfähigkeit als Reinigungskraft in keiner Weise einschränken (S. 6). Im Weiteren führte der beratende Neurologe der Beschwerdeführerin aus, die Diskursionen auf Höhe Th2/Th3 beziehungsweise Th3/Th4 seien gering ausgeprägt und im Rahmen degenerativer Veränderungen zu erklären (S. 7). 3.

### **E. 9**

.

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG

sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Andrea Schmid Kistler - 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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  
Buchter

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