

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00608 vom 3. November 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00608

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00608 du 3 novembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00608 del 3 novembre 2014

Erwägungen

E. 1

5. Januar 2013 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf ein Lungenleiden sowie seit einem Motorrad-Unfall im Jahr 2004 bestehende Beschwerden zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherungen an (Urk.

6/7). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab (Urk. 6/12-15)

und zog Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) bei (Urk. 6/18).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/21, Urk. 6/28) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Juni 2013 (Urk. 6/31 = Urk. 2) einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung.

E. 1.1

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

E. 1.2

Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, in Verbindung mit Art. 69 ff. der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV).

Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht umfasst nicht unbeschrieben alles, was von einer Partei behauptet wird. Vielmehr bezieht sie sich auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hiezu aufgrund der Partei vorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 48 E. 4a).

E. 1.3

Nach der allgemeinen Beweisregel (Art.

E. 1.4

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.5

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 Vorak ten (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

0. Dezember 2013 (Urk. 14) wurde die Vers icherte zum Prozess beige laden und der Beschwerdeführerin die Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 5. Dezember 2013 (Urk. 13) zur Kenntnis gebracht. Am 1 9. Dezember 2013 (Urk. 15) vervollständigte die Beschwerdeführerin die Akten. Die Beigeladene liess sich am 1 4. (Urk. 18) sowie ergänzend am 2 8. Januar 2014 (Urk. 19) vernehmen, was den Parteien am 1. April 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 21).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin vertrat

in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber die Auffassung , der Sachverhalt sei nicht genügend abgeklärt (S. 4 Ziff. 3.3.1.11). Aufgrund des Umstands, dass die SUV A ihre Leistungspflicht verneine , könne nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass auch kein Anspruch auf IV-Leistungen bestehe. Es lägen zwei Arztberichte vor, welche der Beigeladenen

eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestierten, und auch die ehemalige Arbeitgeberin, bei welcher die Beigeladene im November 2012 einen Arbeitsversuch gestartet und ab 1. Mai 2013 eine Anstellung auf Stundenlohnbasis erhalten habe, bestätige, dass aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit kein höheres Arbeitspensum als 50 % möglich sei. Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin sei im Rahmen seiner Beurteilung nicht auf die gesundheitlichen und psychischen Einschränkungen und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit eingegangen (S. 3 f. Ziff. 3.3.1.6- 10). Sodann lägen in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand keine sich zur Arbeitsfähigkeit äussernden Arztberichte vor (S. 5 Ziff. 3.3.2.3).

Mit ihrer Replik (Urk. 10) reichte die Beschwerdeführerin unter anderem zwei aktuelle medizinische Berichte

(Urk. 11/ 1-2) ein, und machte geltend, dass diese eine verminderte Arbeitsfähigkeit bestätigten. Sodann hielt sie fest, dass es aufgrund diverser Vorfälle und der psychischen Verfassung der Beigeladenen an ihrem Arbeitsplatz Ende September 2013 zu einer Eskalation gekommen und sie seit dem 2 9. September 2013 zu 100 % krankgeschrieben sei.

E. 2.3

Die Beigeladene machte im Wesentlichen geltend , dass ihre Beschwerden wie schnelle Ermüdung, Erschöpfbarkeit, Konzentrationsprobleme

und herabgesetzte Stresstoleranz innerhalb von etwa sechs Monaten nach Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit

nach dem Unfall schleichend aufgetreten seien. Ihre zunehmend schlechtere Verfassung und grösser werdende Probleme am Arbeitsplatz (sie sei am Nachmittag vor ihrem PC öfters eingeschlafen) seien mit ein Grund gewesen, weshalb sie sich aus dem Berufsleben zurückgezogen und eine Familie gegründet habe (Urk. 18 S. 1). Nach dem Scheitern ihrer Ehe sei sie Ende Dezember 2011 von A. ___ in die Schweiz zurückgekehrt und habe Mitte 2012 Sozialhilfe beantragen müssen (Urk. 18 S. 1 Mitte). Die extrem belastende Ehezeit zwischen 2006 und 2013 habe ihre Beschwerden weiter verschlimmert. Vor der Ehe habe sie ohne grosse mentale Anstrengung eine tatsächlich nicht vorhandene Souveränität sehr überzeugend vortäuschen können, zumal ihr beruflicher Erfolg diese „Fassade“ nachhaltig gestützt und gefestigt habe. Seit der Ehe sei ihr dies kaum mehr möglich und wenn dann nur mit grösster Anstrengung, was zu zusätzlicher Überforderung und damit Erschöpfung führe (Urk. 18 S. 1 unten).

Während der Ehe habe sie selber nicht wahrgenommen, wie unflexibel sie geworden sei und wie wenig sie von ihrer Umwelt noch wahrgenommen habe. In den drei Jahren, in denen sie nun alleine mit ihrem Sohn zusammen wohne, habe es sehr viele Vorkommnisse gegeben, welche dies bestätigen. Bei der Arbeit als Immobilien-Bewirtschafterin werde dies vor allem bei grosser Belastung durch Telefon-Anrufe, also häufiger Ablenkung von der Arbeit, zum massiven Problem. Vor dem Unfall sei dies in keiner Weise so gewesen. Sie habe trotz ihrer Defizite aufgrund einer sehr schwierigen Kindheit und Jugend gut funktionieren und sich sozial integrieren können. Die Veränderung sei erst deutlich geworden, als sie an ihrem Arbeitsplatz die vielfältigen Aufgaben nicht mehr auch nur ansatzweise souverän und innert nützlicher Frist habe erledigen können. Sie habe eine Unmenge an Überstunden leisten müssen, um ihr Pensum noch bewältigen zu können, was schliesslich zu einem Erschöpfungszustand geführt habe, von dem sie sich während ihrer Berufstätigkeit bis zur Familiengründung nicht mehr erholt habe (Urk. 18 S. 2 Mitte).

Seit der Wiederaufnahme ihrer Erwerbstätigkeit im November 2012 sei sie jeweils nach drei bis vier Stunden Arbeit sehr müde und erschöpft und müsse am Nachmittag dann zweieinhalb Stunden schlafen, um sich am Abend wieder um ihren Sohn kümmern zu können. Wenn sie ihren Sohn ins Bett gebracht habe, sei sie bereits wieder müde und erschöpft, sodass weder an Hausarbeit noch an die Pflege von Kontakten oder irgendwelche Hobbies zu denken sei. Sie empfinde diesen Zustand als tiefe Ermüdung und Überforderung. Dass der Unfall alles verändert habe, sei sie sich leider erst bewusst geworden, als sie wieder versucht habe, zu arbeiten (Urk. 18 S. 2 unten).

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beigeladenen auf Leistungen der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang insbesondere die Frage, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt wurde oder ob weiterer Abklärungsbedarf besteht.

E. 2.5

Die Beschwerdeführerin unterstützt die Beigeladene seit Juli 2012 regelmässig (Urk. 3/2, vgl. auch Urk. 6/6 Ziff. 5 und Urk. 6/28/1) und ist deshalb nach Art. 66 Abs. 1 IVV befugt,

einen Leistungsanspruch der Beigeladenen geltend zu machen. Somit kommt ihr nach ständiger Rechtsprechung auch die Legitimation zu, den streitigen Anspruch der Beigeladenen im verwaltungsrechtlichen Beschwerdeverfahren zu verfolgen (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 113/05 vom 8. Juni 2005 E. 2.1). 3.

E. 3

Die SUVA, welche für die Folgen des im Jahr 2004 erlittenen Unfalls die gesetzlichen Leistungen erbracht hatte, lehnte ihre Leistungspflicht für die ihr

am 23. November 2012 als Rückfall gemeldeten Beschwerden (Urk. 6/18/15)

mit Verfügung vom 20. November 2013 ab (Urk. 16/1, vgl. bereits Schreiben vom 15. Februar 2013, Urk. 16/18/5). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

2

In ihrer ärztlichen Beurteilung vom 12. November 2013 (Urk. 16/2) führte SUVA-Kreisärztin Dr. med. N.____, Fachärztin Neurochirurgie, aus, die festgestellte Aufmerksamkeitsstörung, das verminderte nicht-sprachliche, figurale-räumliche Lernen und das Verhaltenssyndrom seien ihrer Meinung nach entgegen der Meinung von

Dr. K.____ nicht überwiegend wahrscheinlich eine Folge des Motorradunfalls vom 1. August 2004. Aufgrund der Anamnese und der Bildgebung müsse davon ausgegangen werden, dass die Beigeladene eine leichte traumatische Hirnverletzung ohne nachweisbar strukturelle Veränderungen erlitten habe. Diese sei funktionell nicht überwiegend wahrscheinlich von Bedeutung. Entscheidend für die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma sei nicht die Schwere des Gesamtunfalls sondern die Schwere des Schädelhirntraumas und damit entsprechende hirnorganische Veränderungen beziehungsweise eine hirnorganische Beteiligung. Diese Beteiligung könne bei der Beigeladenen aufgrund des fehlenden kernspintomographischen Nachweises nicht überwiegend wahrscheinlich angenommen werden. Gemäss Anamnese habe nur eine kurze Bewusstlosigkeit vorgelegen, danach sei die Beigeladene neurologisch unauffällig gewesen. Das alleinige Vorliegen einer kurzen Bewusstlosigkeit sei nicht beweisend für eine hirnorganische Beteiligung (S.

5). 4. 4.1

In ihrer IV-Anmeldung vom Februar 2013 gab die Beigeladene an, unter anderem an sich seit dem Motorradunfall im Jahr 2004 manifestierenden Symptomen wie stark verminderte, auf maximal vier Stunden beschränkte Konzentrationsfähigkeit, schneller Ermüdung und Erschöpfung, eingeschränkter geteilter Aufmerksamkeit, fehlender Stresskompensation bei Zeitdruck und Unruhe am Arbeitsplatz zu leiden (Urk. 6/7 Ziff. 6.2).

Während Dr. E.____ und Prof. F.____ die von der Beigeladenen beklagten Beschwerden in ihrem Bericht vom August 2012 (vorstehend E. 3.4) im Rahmen einer frühkindlich erworbenen zerebralen Funktionsstörung bei Frühgeburt interpretierten und sie phänomenologisch einem ADHS zuordneten, gingen Dr. K.____

in seinem Bericht vom Oktober 2013 (vorstehend E. 3.10) und M.____

in seinem Bericht vom November 2013 (vorstehend E. 3.11) vom Vorliegen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma aus. 4.2

Anlässlich des Motorradunfalls vom 1. August 2004 zog sich die Beigeladene gemäss Bericht der erstbehandelnden Ärzte des Spitals B.____ (vorstehend E. 3.2) nebst diversen Frakturen eine Commotio cerebri zu. Besagtem Bericht ist zu entnehmen, dass am Unfallort eine kurze Bewusstlosigkeit bestand, danach der neurologische Status und die 24-stündige Commotio-Überwachung aber unauffällig waren. In ihrem Arztzeugnis vom 18. August 2004 zu Händen der SUVA (Urk. 6/18/62) hielten die Ärzte entsprechend fest, der Glasgow Coma

Scale (GCS) habe immer 15 betragen und es habe keine Bewusstlosigkeit bestanden. Den Allgemeinzustand beschrieben sie als gut.

Anlässlich der Befragung durch einen Case Manager der SUVA vom 25. August 2004 gab die Beigeladene an, die im Bericht der Ärzte des Spitals B.____ erwähnte Gehirnerschütterung sei vernachlässigbar, da sie weder unmittelbar nach dem Unfallereignis noch zu einem späteren Zeitpunkt an Kopfschmerzen gelitten habe. Sie könne auch bestätigen, dass sie nie das Bewusstsein verloren habe, sondern höchstens ein paar Sekunden benommen gewesen sei (Urk. 6/18/92 unten). In den SUVA-Akten aus den Jahren 2004 und 2005 (Urk. 6/18/21-97)

sind entsprechend weder

Kopfschmerzen noch andere, potentiell auf eine durch den Unfall verursachte Schädigung des Gehirns hinweisende Beschwerden dokumentiert. Die Beigeladene erwähnte solche insbesondere auch nicht anlässlich der in dieser Zeit mit den Sachbearbeitern der SUVA geführten diversen Telefongespräche. 4.3

Vor dem Hintergrund dieser echtzeitlichen Aktenlage und der Tatsache, dass das im Januar 2013 durchgeführte MRI des Schädels (vorstehend E. 3.5) keine Hinweise auf posttraumatische Veränderungen ergab,

erscheint es unwahrscheinlich, dass sich die Beigeladene anlässlich des Unfalls im Jahr 2004 eine relevante Kopfverletzung zuzog.

In ihrer Beurteilung vom November 2013 (vorstehend E. 3.12) legte SUVA-Kreisärztin Dr. N.____

in nachvollziehbarer begründeter Weise dar, dass eine hirnorganische Beteiligung anlässlich des Unfallereignisses vom 1. August 2004 nicht überwiegend wahrscheinlich sei und die geklagten Beschwerden daher nicht im Rahmen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma beziehungsweise als überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge gesehen werden könnten.

Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass Dr. N.____ Kenntnis der Unfallakten aus den Jahren 2004 und 2005

hatte, wovon bei

Dr. K.____ und M.____

nicht auszugehen ist. Diese postulierten ein stattgehabtes Schädelhirntrauma

vielmehr einzig gestützt auf die rund sieben beziehungsweise neun Jahre nach dem Unfallereignis gemachten anamnestischen Angaben und

erhobenen Befunde . Insgesamt vermag ihre Beurteilung, wonach die von der Beigeladenen beklagten Beschwerden im Rahmen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma zu sehen seien, nicht zu überzeugen . 4.4

Die Beurteilung von Dr. E. ___ und Prof. F. ___ wurde vom RAD-Arzt mit Stellungnahmen vom März und Juni 2013 (vorstehend E. 3.8-9) in mehrfacher Hinsicht kritisiert . Die von ihm geäusserten Zweifel in Bezug auf die diagnostische Einordnung der von Dr. E. ___ und Prof. F. ___ objektivierten neuropsychologischen Dysfunktionen erscheinen mit Blick darauf, dass die diversen

aktenkundigen Arbeitszeugnisse seit dem Jahr 1985 (Urk. 6/5/5 ff.) nicht auf eine in der Vergangenheit relevant beeinträchtigte Leistungsfähigkeit der Beigeladenen schliessen lassen , plausibel.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang insbesondere , dass die Beigeladene an der von ihr zwischen 1986 und 1996 bekleideten Stelle in einem Architekturbüro gemäss Arbeitszeugnis vom Dezember 1996 (Urk. 6/5/10) unter anderem weitestgehend selbständig die Bau buchhaltungen und die Betriebsbuchhaltung erledigte, was im Widerspruch zu der von Dr. E. ___ und Prof. F. ___ beschriebenen Einschränkung der nicht-sprachlichen Funktionen steht. 4.5

Von entscheidender

Bedeutung ist jedoch letztlich vor allem die Tatsache , dass die Beigeladene trotz der geltend gemachten

neuropsychologischen Defizite weiterhin Motorrad fährt (vgl. Urk. 6/5/3 unten) und seit dem Jahr 2010 gar begleitete Motorradtouren anbietet .

Auf der von ihr betriebenen Homepage (vgl.

Urk. 6/5/3 oben) führt die Beigeladene aus, dass sie seit dem Jahr 2000 Motorrad fahre, wobei sie seit der Firmen-Gründung, mithin dem Jahr 2010, etwa 15'000 km pro Saison zurücklege. Sie beschreibt , dass sie problemlos ein flott es Tempo vorgeben könne und grundsätzlich eine dynamisch-sportliche, vorausschauend-taktische Fahrweise pflege . Gemäss den weiteren Ausführungen auf der Homepage richten sich ihre Angebote grundsätzlich an routinierte, sehr flotte bis sportliche Touren-Fahrer mit Sitzleder , weil durchwegs sehr anspruchsvolle Strecken befahren würden, welche einiges an Erfahrung, Können und Ausdauer erforderten. Die reine Fahrzeit pro Tag betrage - mit einer Ausnahme - bei allen Touren sechs bis acht Stunden .

Die Einträge der Beigeladenen auf dem von ihr geführten facebook

account zeigen sodann , dass sie ihrem Hobby aktiv und regelmässig nachgeht.

Erwähnenswert im vorliegenden Zusammenhang sind namentlich die Einträge vom Juni und Oktober 2012, aus welchen sich ergibt, dass die Beigeladene an der O. ___ , einer Tour über 500 Meilen, und der P. ___ , eine r

über mehrere Pässe führende Tour von rund 550 km mit einer reinen Fahrzeit von sechseinhalb Stunden, teilnahm.

Vor diesem Hintergrund sind betreffend die geltend gemachten neuropsychologischen Defizite

grosse Zweifel

angezeigt

und erweist sich die Kritik des RAD-Arztes, wonach Dr. E.____ und Prof. F.____

im August 2012 kein Verfahren zur Beschwerdevalidierung durchführten (vgl. vorstehend E.

E. 3.2

Vom 1. bis 7. August 2004 war die Beigeladene im Spital B.____ hospitalisiert, wo gemäss Austrittsbericht vom 6. August 2004 (Urk. 6/5/ 34-35) folgende Diagnosen gestellt wurden (S. 1 Mitte): - Rippenserienfraktur rechts - 2. bis 9. Rippe - Status nach Pneumonektomie links

und radiologischem Situs inversus - mehrfragmentäre Claviculafraktur im mittleren Schaftdrittel rechts - Commotio cerebri - subkapitale Metatarsalefrakturen rechts III und IV

Die Ärzte berichteten, am Unfallort habe eine kurze Bewusstlosigkeit bestanden, danach sei der neurologische Status unauffällig gewesen. Nach 24-stündiger unauffälliger Commotio-Überwachung habe man sich am 4. August 2004 entschieden, die Claviculafraktur operativ zu versorgen (S. 1 unten).

E. 3.3

Am 19. Februar 2007 berichtete Dr. med. C.____, Leitender Arzt, D.____, über die pneumologische Untersuchung der Beigeladenen vom 13. Februar 2007 (Urk. 6/5/ 37-38). Er nannte

folgende (fachspezifische) Diagnosen (S. 1 Mitte): - Agenesie der rechten Lunge und kongenitale Trachealstenose bei kompromittierendem Blindsack des rechten Hauptbronchus - Status nach Resektion des rudimentären rechten Hauptbronchus und Korrektur der Trachealstenose am 13. März 1967 - Status nach mehreren Motorradunfällen - Status nach schwerem Motorradunfall 2004 mit siebenfacher Rippenfraktur rechts - aktuell leichte bis mittelschwere restriktive, leichte obstruktive Ventilationsstörung

Dr. C.____ führte aus, in Übereinstimmung mit der anatomischen Situation einer Agenesie der rechten Lunge finde er Lungenvolumina von 60 % des Solls sowie ein ein Erstsekundenvolumenwert von 50 % des Solls und damit eine deutliche Beeinträchtigung der pulmonalen Funktionsreserven, die jedoch nicht derart ausgeprägt sei, dass die Beigeladene bei Alltagsverrichtungen behindert werde (S. 2 oben).

E. 3.4

Am 29. August 2012 berichteten Dr. med. E.____, FMH Neurologie, und

Prof. Dr. phil. F.____, Neuropsychologin, über die im Auftrag der Beschwerdeführerin durchgeführte Untersuchung der Beigeladenen vom 24. August 2012 (Urk. 6/5/32-33). In ihrer Beurteilung führten sie aus, auf kognitiver Ebene zeige sich eine eingeschränkte geteilte Aufmerksamkeit, ein vermindertes nicht-sprachliches, figural-räumliches Lernen sowie ein Verhaltenssyndrom mit voreiligem Handeln, motorischer Unruhe und Affektlabilität. Diese Befunde seien zusammen mit den anamnestischen Angaben hinweisend auf eine frühkindlich erworbene zerebrale Funktionsstörung bei Frühgeburt und entsprächen phänomenologisch einem Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrom mit

hauptsächlichlicher Einschränkung der nicht-sprachlichen Funktionen und affektiver Labilität. Anlässlich des Unfalls im Jahr 2004 habe die Beigeladene gemäss eigenen Angaben höchstens eine leichte Hirnerschütterung ohne neuropsychologische Defizite erlitten, die sich infolge verminderter kognitiver Kompensationsmechanismen jedoch aggravierend auf die vorbestehenden Schwierigkeiten ausgewirkt haben dürfte. Allein aufgrund der neuropsychologischen Dysfunktionen schätzten sie die Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit mit ruhiger Umgebung auf maximal 60%. Eine psychologische Stütztherapie, unter anderem zum Training von Entspannungsmethoden, sei empfehlenswert (S. 2 unten).

E. 3.5

In einem undatierten Bericht (Urk. 6/13) nannte Lic. phil. G.____, bei welchem die Beigeladene seit Oktober 2012 in psychotherapeutischer Behandlung steht (Ziff. 1.2), als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ICD-10 F90 (Ziff. 1.1), entsprechend der Gruppe der hyperkinetischen Störungen. Er berichtete, bei der Beigeladenen bestünden Konzentrationsstörungen, eine verminderte Belastbarkeit und teilweise depressive Episoden. Die bisherige Tätigkeit sei ihr noch im Umfang von 50% zumutbar. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit (Ziff. 1.7). 3. 6

Ein e im Auftrag der SUV A a m 7. Januar 2013 im H.____, Klinik für Neuroradiologie, erstellte Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels ergab keine Hinweise auf posttraumatische Veränderungen und keine Parenchymdefekte. Als Zufallsbefund wurde ein Kavernom im Gyrus

frontalis

medius rechts, assoziiert mit einer developmental

venous

anomaly (DVA), drainierend in superfiziale kortikale Venen, erhoben

(Urk. 6/18/8).

E. 3.7

Dr. med. I.____, Arzt für Allgemeine Medizin FHM, welcher die Beigeladene seit April 2012 hausärztlich betreut, nannte in seinem Bericht vom 18. Februar 2013 (Urk. 6/15) als Diagnose einen Status nach Motorradunfall mit konsekutiv eingeschränkter Belastbarkeit (Ziff. 1.1). Er führte aus, die Arbeitsfähigkeit der Beigeladenen nicht beurteilen zu können. In ihrem Gutachten vom 29. August 2012 schätzte Prof. F.____ eine Arbeitsfähigkeit von 60% (Ziff. 1.6). 3.

E. 3.8

9), als berechtigt. Dass die Beigeladene aufgrund der geltend gemachten Beschwerden in ihrer Arbeitsfähigkeit, nicht aber im Strassenverkehr, in welchem insbesondere eine uneingeschränkte geteilte Aufmerksamkeit und eine uneingeschränkte Konzentration unabdingbar sind, beeinträchtigt sein soll, überzeugt nicht. Der Bericht von Dr. E.____ und Prof. F.____

erweist sich daher als nicht geeignet, einen invaliditätsrelevanten Gesundheitsschaden mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darzutun (vgl. vorstehend E. 1.3). Angesichts der kognitiv anspruchsvollen Freizeitbeschäftigung der Beigeladenen besteht auch kein Anlass, die geltend gemachten neuropsychologischen

Defizite weiter abzuklären. 4 .6

Aus den

Akten ergeben sich sodann keine Anhaltspunkte dafür, dass bei der Beigeladene n bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses im Juni 2

E. 3.9

Am

3. Juni 2013

nahm RAD-Arzt med. pract . J.____

Stellung zu den von der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden (Urk. 6/30) . Er führte aus, Dr. E.____ habe in der neuropsychologischen Untersuchung kognitive Defizite objektivieren können, die vor dem Hintergrund der anamnes tischen Angaben als Ausdruck einer frühkindlich erworbenen zerebralen Funktionsstörung bei Frühgeburt hypothetisiert würden, ohne dies im Weitern fun diert zu untermauern. Eine Frühgeburt führe nicht zwingend zu einer frühkind lich erworbenen zerebralen Funktionsstörung. Des Weiteren habe die Beigela dene - soweit erkennbar - einen normalen schulischen Weg bestritten und kei ner besonderen Förderung bedurft. Nach der Schule habe sie als Kauffrau gear beitet. Beeinträchtigungen der beruflichen Leistungsfähigkeit seien auch hier nicht erkennbar (S. 2 oben). Gleichsam fänden sich auch keine Hinweise für ein ADHS, das per definitionem bereits seit der Kindheit hätte bestehen müssen (S.

2 Mitte). Die Diagnose eines ADHS bleibe - aus näher genannten Gründen - hochspekulativ (S. 2 unten). Aus der IV-Anmeldung gehe ebenfalls hervor, dass die Beigeladene erst seit dem Unfall im Jahr 2004 die in Frage stehenden Beschwerden beklage . Dies widerspreche der Annahme, dass die Beschwerden mit einer frühkindlich erworbenen zerebralen Funktionsstörung in Zusammen hang zu bringen seien. Als Causa könne lediglich der Schadenfall vom 1. August 2004 identifiziert werden. Dies sei aber seitens der SUVA bereits aus g eschlossen worden (S. 2 unten).

Jenseits der Ursachendiagnostik könne lediglich festgestellt werden, dass die erhobenen neuropsychologischen Befunde von Dr. E.____ nicht vom Zweifel negativer Antwortverzerrungen beziehungsweise einer bewussten Verfälschung befreit werden könn t e n , da kein Verfahren der Beschwerdevalidierung durch geführt worden sei. Das heisse nicht im Umkehrschluss, dass eine Aggravation oder Simulation vorliege. Solche seien einfach nicht auszuschliessen (S. 3 oben). Da keine Beschwerdevalidierung erfolgt sei, müssten Antwortverzerrungen zum negativen Pol als Erklärung für die auffälligen Befunde genauso in Betracht gezogen werden wie die Echtheit der Beschwerden. Vor dem Hintergrund der Krankengeschichte und der Tatsache, dass der Antrag auf IV-Leistungen erst 2013 und damit beinahe zehn Jahre nach dem Ereignis im Jahr 2004 erfolgt sei, müsse ersteres in Betracht gezogen werden. Es sei zu vermut en, dass die psy chosoziale und wirtschaftliche Situation eine Rolle spielten und gesundheitliche Gründe aus der Vergangenheit, die zuvor zu keinen erkennbaren Einschränkun gen geführt hätten, zur Begründung des Leistungsbegehrens bemüht würden (S.

3 unten).

Der RAD-Arzt gelangte zum Schluss, dass bis dato weiterhin kein Gesundheitsschaden feststellbar sei

(S. 3 unten).

E. 8

In seiner Stellungnahme vom 25. März 2013 (Urk. 6/19/3 oben) führte med. pract.

J.____, Facharzt Neurologie FMH, RAD, aus, die SUVA habe festgestellt, dass kein sicherer oder überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen den gemeldeten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 1. August 2004 bestehe. Dies sei ebenfalls der SUVA postulierte frühkindlich erworbene zerebrale Funktionsstörung hätte bereits vor 2004 zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen müssen. Dies sei aber anhand der Akten nicht ersichtlich und somit unwahrscheinlich. Gleiches gelte für den Zufallsbefund des frontalen Kavernoms und das von Dr. E.____ postulierte ADHS, welches diagnostisch nicht ausreichend untermauert sei und somit spekulativ bleibe. Die neuropsychologische Diagnostik von Dr. E.____ beinhalte keine Verfahren zur Beschwerdevalidierung. Eine Aggravation oder Simulation könne somit nicht ausgeschlossen werden. Folglich sei eine ausreichende Validität der Befunde nicht gegeben. Ein Gesundheitsschaden sei somit nicht ausgewiesen.

E. 013

, welcher für die richterliche Überprüfungsbefugnis massgebend ist (BGE 132 V 215 E.

3.1.1), eine

relevante psychische Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorlag. Eine fachärztlich schlüssig festgestellte invalidisierende psychische Störung ist nicht ausgewiesen. Bei den vom Psychotherapeuten G.____

erwähnten depressiven Episoden (vgl. vorstehend E. 3.5) handelt es sich definitionsgemäss um vorübergehende Leiden, indem solche Episoden im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauern, und daher in der Regel nicht invalidisierend sind (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts I 510/2006 vom 26. Januar 2007 E. 6.3).

Abgesehen davon wies der RAD-Arzt im Rahmen seiner Stellungnahme vom Juni 2013 (vorstehend E. 3.9)

zutreffend darauf hin, dass sich aus den Akten klare Hinweise darauf ergeben, dass invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren wie etwa die lange Abstinenz vom Arbeitsmarkt, eine geschiedene Ehe, die alleinige Verantwortung für ein Kind sowie finanzielle Probleme eine bedeutende Rolle spielen, was sich besonders deutlich aus den

Stellungnahmen der Beklagten (vgl. vorstehend E. 2.3) ergibt.

Diese Umstände mögen zweifelsohne

belastend sein und es ist nachvollziehbar, dass sich die Beigeladene zeitweise überfordert fühlt. Dafür hat aber nicht die

Invalidenversicherung einzustehen. 4.7

Schliesslich ist auch in somatischer Hinsicht nicht von einem die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsschaden auszugehen.

Die mit der Agenesie einhergehende Beeinträchtigung der pulmonalen Funktionsreserven ist gemäss Einschätzung des Pneumologen

Dr. C.____ nicht derart ausgeprägt, dass sie die Beigeladene bei Alltagsverrichtungen behindern würde (vgl. vorstehend E. 3.3), und durch die in der IV-Anmeldung des Weiteren erwähnten Beschwerden am rechten Fuss erfährt die Beigeladene eigenen Angaben zufolge keine Einschränkung bei der Verrichtung einer Bürotätigkeit (Urk. 6/7 Ziff. 6.2).

Dementsprechend sind denn auch dem Bericht des Hausarztes Dr. I.____ vom Februar 2013 (vorstehend E. 3.7) keine sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beigeladenen auswirkenden somatischen Diagnosen zu entnehmen. Insgesamt ergeben sich aus den Akten keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines invaliditätsrelevanten und damit abklärungsbedürftigen somatischen Gesundheitsschadens. 4.8

Zusammengefasst erweist sich der angefochtene Entscheid, mit welchem die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beigeladenen auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint, als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 5.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 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: - Stadt X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Y.____ - 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 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannRyf

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