

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01031 vom 17. März 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.01031

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01031 du 17 mars 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01031 del 17 marzo 2015

Erwägungen

E. 1

Die 1952 geborene X.____ arbeitete von 2001 bis 2009 mit jeweils befristeten Saisonarbeitsverträgen im Golfclub Y.____ als Küchenhilfe bei einem 50%-Pensum und trat nach kurzzeitiger Arbeitslosigkeit am 1. Juni 2010 bei der Z.____ GmbH eine neue 50%-Stelle als Küchenhilfe an (Urk. 9/6 und Urk. 9/15). Am 6. Juni 2010 stürzte die Versicherte mit dem Velo, zog sich dabei Verletzungen am linken Knie zu .

Am 10. Oktober 2010 stolperte sie

und fiel erneut

auf ihr linkes Knie (Urk. 9/13-14) . Am 14. Oktober 2010 wurde die Versicherte von der Unfallversicherung Vaudoise Versicherungs-Gesellschaft AG bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zur Früh erfassung gemeldet (Urk. 9/2). Vom 18. Oktober bis am 14. November 2010 war die Versicherte in der A.____ zur stationären Rehabilitation hospitalisiert (Urk. 9/25). Am 2. Dezember 2010 meldete sich X.____ auf entsprechende Aufforderung hin (Urk. 9/4) wegen Kniebeschwerden bei der IV Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 9/6). In der Folge traf die IV-Stelle medizinische und erwerbliche Abklärungen (Urk. 9/10, Urk. 9/13-15 , Urk. 9/22, Urk. 9/25-26). Am 12. Juli 2011 führte

Dr. med. B.____ , Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), eine orthopädische Untersuchung der Versicherten durch (Untersuchungsbericht und ergänzende Stellungnahme vom 15. Juli 2011, Urk. 9/29 und Urk. 9/52/4-5). Am 18. Juli 2011 teilte die IV-Stelle X.____ mit, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 9/30). Auch am 16. Dezember 2011 wurde keine Eingliederungsberatung aufgenommen, da sich die Versicherte vollständig arbeitsunfähig fühlte (Urk. 9/38). Nach dem X.____ am 20. Januar 2012 erneut auf das linke Knie stürzte, holte die IV-Stelle aktuelle Arztberichte ein (Urk. 9/41-43). Vom 15. Mai bis 12. Juni 2012 absolvierte die Versicherte in der C.____ stationär ein umfassendes Ergonomie-Trainingsprogramm (ERT, Urk. 9/45/5 -22). Daraufhin wurde am 13. Februar 2013 eine Haushaltsabklärung durchgeführt (Abklärungsbericht vom 25. Februar 2013, Urk. 9/50). Mit Vorbescheid vom 3. April 2013 (Urk. 9/54) stellte die IV-Stelle der Versicherten die Zusprechung einer vom 1. April bis 30. September 2012 befristeten Dreiviertels-Rente in Aussicht . Dagegen erhob X.____ am 6. Juni 2013 Einwand (Urk. 9/6

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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.

E. 1.3

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

E. 1.4

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung 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). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E.

1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder des Hilfebedarfs die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E. 4a, Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3).

E. 1.5

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). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 28. Oktober 2013 Beschwerde und beantragte sinngemäss, es sei ihr eine unbefristete ganze

Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei ein Gutachten einzuholen

(Urk. 1 und Urk. 3-5). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 17. Dezember 2013 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 9/1-76), was der Beschwerdeführerin am 17. Januar 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 10).

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin ab Juni 2011 (nach Ablauf der Wartefrist) Anspruch auf eine unbefristete, über den 30. September 2012 hinausgehende

sowie ganze Invalidenrente hat. Unbestritten geblieben ist dagegen die von der Beschwerdeführerin vorgenommene Qualifikation (Erwerb 50 % und Haushalt 50 %).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin begründet die angefochtene Verfügung im Wesentlichen damit, dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe zwar nicht mehr möglich sei, ihr hingegen eine ausschliesslich sitzende Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- oder Tragebelastungen über 5 Kilogramm, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulen- und kniegelenksbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (Bücken, Hocken, Knien), ohne Arbeiten in Armvorhalte oder über Kopf, ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände zu 50 % zumutbar sei. Die Invaliditätsbemessung ergebe - unter Anwendung der gemischten Methode und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 %

zum Zeitpunkt des Ablaufs des Wartjahres am 6. Juni 2011 einen Invaliditätsgrad von 10 % (Urk. 2).

Aufgrund des erneuten Unfalls am 20. Januar 2012 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wieder verschlechtert, weshalb eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bestehe. Der Einkommensvergleich ergebe ab diesem Zeitpunkt einen Invaliditätsgrad von 60 %.

Gemäss der medizinischen Beurteilung sei seit dem 13. Juni 2012 wiederum von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen: der Beschwerdeführerin sei eine körperlich leichte, bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit wieder voll zumutbar. Die Invaliditätsbemessung ergebe dann wieder einen Invaliditätsgrad von 10 % (Urk. 2).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin hält dem entgegen, dass sich ihr Gesundheitszustand massiv verschlechtert habe und sämtliche Arztberichte nicht richtig gewürdigt worden seien. Überdies sei die Erstellung eines Gutachtens als Grundlage zur genauen Berechnung des Invaliditätsgrades unterlassen worden, was nun nachzuholen sei (Urk. 1/1) . 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen nachgegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

E. 3.1

Das Spital D.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. Januar 2011 (Urk. 9/13) zuhanden der Beschwerdeführerin eine nicht dislozierte und konservativ behandelte Tibiaplateau -Fraktur links (seit dem Velo-Sturz am 6. Juni 2010). Da die Beschwerdeführerin nur mit zwei Stöcken mobil sei, sei eine Rehabilitation zu empfehlen. Aufgrund chronischer Knieschmerzen sei die Beschwerdeführerin nur vermindert leistungsfähig und erschöpft. Diese Einschränkungen liessen sich durch eine (nochmalige) stationäre Rehabilitation in der A.____ vermindern.

E. 3.2

Dr. med. E.____, FMH für Innere Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 7. Januar 2011 (Urk. 9/14) zuhanden der Beschwerdeführerin als Diagnose mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit eine nicht dislozierte laterale Tibiaplateau-Fraktur Knie links fest (seit dem 6. Juni 2010, konservativ behandelt) . Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine arterielle Hypertonie, Adipositas, chronisch rezidivierende Rückenschmerzen und chronisch rezidivierende epigastrische Schmerzen. Kurz vor dem stationären Rehabilitationsantritt in der A.____

vom 18. Oktober bis 14. November 2010

sei die Beschwerdeführerin nochmals gestürzt und habe dabei eine erneute Kniekontusion erlitten. Die Beschwerdeführerin klagt über Schmerzen im Bereich des linken Knies mit Ausstrahlungen gegen den Oberschenkel bis zur Leiste, weshalb eine stark eingeschränkte Beweglichkeit sowie eine steife Kniehaltung bestehe. Aufgrund der Verletzungsart und der stetigen Fortschritte erscheine die Prognose günstig. Der Rehabilitationsverlauf sei jedoch protrahiert und vor allem durch die ängstliche, eher vermeidende Persönlichkeit der Beschwerdeführerin erschwert. Die Beschwerdeführerin sei nur an zwei Stöcken gehfähig und erleide eine Schmerzzunahme bei längerem Stehen und Sitzen. Für die bisherige Tätigkeit als Küchenhilfe bestehe seit dem 6. Juni 2010 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Rehabilitation werde noch mehrere Monate dauern, da nur kleine, jedoch stetige Fortschritte erfolgten. Die Arbeitsaufnahme werde schrittweise erfolgen müssen. Im Laufe des Jahres 2011 sollte die Beschwerdeführerin die ursprüngliche volle Arbeitsfähigkeit wieder erreichen. Die physischen Einschränkungen liessen sich durch Physiotherapie, eventuell eine nochmalige stationäre Rehabilitation vermindern und würden zu einer Schmerzreduktion sowie einer Kräftigung führen .

E. 3.3

Mit Schreiben vom 17. März 2011 richtete sich

Dr. med. F.____ , Orthopädische Chirurgie FMH, Vertrauensarzt der Vaudoise -Unfallversicherung , an Dr. E.____ (Urk. 9/22/7) und hielt fest, dass die nicht-dislozierte, ganzpartielle

dorso -laterale Tibiakopf -Fraktur, die konservativ behandelt worden sei, nach vier bis maximal sechs Monaten geheilt sein sollte. Bereits seit Anfang Januar 2011 sollte die Beschwerdeführerin demnach wieder voll arbeitsfähig sein, umso mehr, als sie fast einen Monat in der Rehabilitation in der A.____ gewesen sei. Zudem sei von einem reduzierten Arbeitspensum auszugehen, da die Beschwerdeführerin zwischen 20 bis 30

Stunden pro Woche gearbeitet habe. Unter diesen Bedingungen empfehle er der Unfallversicherung , mit einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab 1. April 2011 zu rechnen.

E. 3.4

Dr. E.____ nannte in ihrem Bericht vom 30. Mai 2011 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/26/1-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

posterolaterale

Tibiaplateau -Fraktur links nach Velosturz am

6. Juni 2010

-

erneuter Sturz auf linkes Knie am 10. Oktober 2010

-

chronisch rezidivierende lumbovertbrale Schmerzen

-

Dekonditionierung nach langer Immobilisierung .

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte sie Adipositas, arterielle Hypertonie, Rhinokonjunktivitis

allergica , axiale Hiatushernie , Kardiainsuffizienz und NSAR-Empfindlichkeit auf. Die Beschwerdeführerin weise ein Schonhinken links auf. Die Flexion/Extension im linken Knie betrage 90 °-0°-0°. Ausserdem verspüre die Beschwerdeführerin eine Druckdolenz im Gelenkspalt sowie am Patellarand . Die Prognose sei mittel- bis langfristig günstig, da die Beschwerdeführerin seit Anfang 2011 deutliche Fortschritte mache und motiviert sei, so mache sie regelmässig Physiotherapie und Heimübungen. Als negativer Faktor sei die ängstliche, eher vermeidende Persönlichkeit der Beschwerdeführerin zu erwähnen. Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe seit dem 6. Juni 2010 weiterhin bis auf Weiteres . Der unphysiologische Gang mit zwei Geh-Stöcken wegen den Knieschmerzen links habe nun zu exazerbierenden Kreuzschmerzen sowie teils Schulter- und Armschmerzen geführt. In zwei Monaten sei eventuell mit einer Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe zu rechnen, dabei sei eine langsame Steigerung ausgehend von einem Pensum von 10-20 % realistisch. Eine nochmalige stationäre Rehabilitation in der A.____ könnte zu einer Schmerzreduktion und zu einem Konditionsaufbau führen.

E. 3.5

Anlässlich der Untersuchung vom 12. Juli 2011 (Urk. 9/29) stellte RAD-Arzt Dr. B.____ als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schmerzhafte Beugeeinschränkung und deutliche mediale Instabilität des linken Kniegelenks mit resultierender Gangstörung nach zweimaligem Sturzereignis vom Juni und Oktober 2010 und anschliessend konservativer Therapie bei zeitweilig vollständig ausgeheiltem posterolateraler

Tibiakopf -Fraktur. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine geringfügige Impingement -Symptomatik der linken Schulter ohne Funktionseinschränkung , eine muskuläre Dekonditionierung , eine Hypertonie sowie (fremdanamnestisch durch Dr. E.____) eine leichte Anämie.

Bei der Untersuchung hätten sich folgende vorliegend relevante Befunde gezeigt: Das Gangbild barfuss sei im Untersuchungsraum ohne Benutzung der Unterarmgehstützen zwar erheblich verlangsamt, aber zeige kein eigentliches Hinken. Bei genauester Befragung werde der Schmerz im linken Knie hauptsächlich im Moment des Auftretens (Belastung), weniger beim Bewegen angegeben und überwiegend auf der medialen Gelenkseite. Aufgrund der besonders an den Beinen ausgeprägten Adipositas

seien die Beinachsen etwas schwer beurteilbar und offensichtlich bestehe ein leichtes Genu varum links mehr als rechts. Es zeige sich ein Beckengeradstand. Der Zehen-, Fersen- und Einbein -Stand sei beidseitig möglich, sei dann wegen Schmerzen im linken Knie abge

brochen worden . Das physiologische Muskelrelief

sei seitengleich , aufgrund der Adipositas jedoch schwer beurteilbar. Die Flexion/Extension des linken Knies sei zu 85/90°-0°-0° möglich. Beim linken Knie zeigt es sich eine seitengleiche Kontur ohne Kapselschwellung, kein Erguss, eine diskret eingeschränkte Patellaverschieblichkeit , negative Zohlen , ein leichter Druckschmerz bei der medialen Patellafacette , kein Druckschmerz dagegen bei der lateralen Patellafacette , einen massiven Druckschmerz beim medialen Gelenkspalt und dem lateralen Tibiaplateau . Die klassischen Meniskuszeichen seien nicht sicher beurteilbar angesichts der diffusen , überwiegend medial empfundenen

Rotations schmerzhaftigkeit , wobei die Böhler-Zeichen links eindeutig positiv gewesen seien (Varusstressschmerz im medialen Gelenkspalt). Ein Gelenkreiben gebe es nicht. In Streckung bestehe nur eine angedeutete und in 30°-Beugung eine sehr deutliche mediale Aufklappbarkeit mit entsprechend schmerzhafter Prüfung. Keine vordere und keine hintere Schublade. Das Lachmannzeichen sei negativ.

Bei der Beschwerdeführerin sei anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen und der körperlichen Untersuchung vom 12.

Juli 2011 ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. In der bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe bestehe seit dem 6. Juni 2010 zunächst bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei der Gesundheitszustand noch nicht stabil sei und weitere diagnostische sowie eventuell weitere therapeutische Massnahmen folgen müssten. In optimal angepasster Tätigkeit (mit körperlich leichter, ausschliesslich sitzender Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 5 Kilogramm, ohne Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulen- und knie gelenksbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (Bücken, Hocken, Knien), ohne Arbeiten in Armvorhalte oder über Kopf, ohne häufiges Gehen auf unebenen Gelände) wäre medizintheoretisch seit dem 5. Mai 2011 (letzte Konsultation in der Klinik G.____) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Die von Hausärztin

Dr. E.____

angegeben eine 10-20% ige Arbeitsfähigkeit ab August 2011 sei

vorliegend nur für einen schrittweisen Einstieg in die bisherige, nicht aber für eine angepasste Tätigkeit plausibel.

Aufgrund des eindeutigen klinischen Befundes einer erheblichen und schmerzhaften medialen Instabilität des linken Kniegelenks sollte unbedingt nochmals eine fachärztlich-orthopädische Abklärung und Prüfung der Indikation zu operativen Massnahmen zwecks Stabilisierung des linken Kniegelenkes erfolgen.

E. 3.6

Im Bericht vom 28. September 2011 (Urk. 9/34/1-4) zuhanden der Beschwerde gegnerin hielt Dr. E.____

lediglich fest, dass sowohl die gesundheitliche als auch die diagnostische Situation unverändert geblieben seien und das Konsilium der Klinik H.____ abzuwarten sei.

E. 3.7

In den Akten befinden sich zahlreiche Verlaufsberichte der Klinik H.____, wo sich die Beschwerdeführerin seit dem 13. September 2011 in Behandlung befand (Urk. 9/32 = Urk. 9/39, Urk. 9/40-43). Im zeitlich letzten Bericht vom 3. Mai 2012 (Urk. 9/43) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt:

1.

Nicht dislozierte laterale Tibiaplateau -Fraktur links mit deutlichem Knochenmarksödem

-

Kontusion des Patellaunterpols mit spongiöser Infraktion, DD Fissur (MRI des linken Knies vom 3. Februar 2012)

2.

Chronische Knieschmerzen links sowie Beinschwellung links bei einem Status nach Tibiaplateau -Fraktur links nach Velo-Sturz am 6. Juni 2010 und einem Status nach erneuter Kniekontusion am 10. Oktober 2010

Als Diagnose n

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde n eine multisegmentale leichte Degeneration mit Hauptbefund Höhe L5/S1 und bilaterale Foramenstenose L5/S1 sowie eine mögliche Stenose im Abgang des Recessus S1 rechts (MRI der LWS im November 2011) aufgeführt.

Eine Besserung der Beschwerden sollte nach Abheilen der ossären Läsionen des linken Knies eintreten, wobei die Prognose aufgrund aktenanamnestisch schon vorbestehenden chronischen Knieschmerzen links nicht eindeutig zu beurteilen sei. Eine Arbeitsunfähigkeit sei seitens der Klinik H.____ nicht ausgestellt worden. 3.

E. 3.9

Am 4. August 2012 nahm RAD-Arzt

Dr. B.____ nochmals Stellung zu den aktuellsten Arztberichten (Urk. 9/52/7-9), insbesondere zum Austrittsbericht der C.____ vom 15. Juni 2012 (Urk. 9/45/5-22). Gemäss dessen versicherungsmmedizinischer Beurteilung seien bei der Beschwerdeführerin weiterhin verschiedene somatische Gesundheitsschäden einschliesslich der sich daraus ableitenden Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit vorhanden: persistierende leistungsabhängige Schmerzen und ligamentäre Instabilität im linken Knie nach mehrfachen Sturzereignissen mit massiven Kontusionen, zweimaliger dorsolateraler Tibiaplateau -Fraktur mit konsekutiver Sinterung und einmaliger Infraktion des unteren Patellapols, ein chronisches Thorakovertebralsyndrom und ein chronisches Lumbovertrebralsyndrom bei erheblichen degenerativen Veränderungen im Segment L5/S1 inklusive Foraminalstenosen.

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit für die bisherige wie auch für die angepasste Tätigkeit werde für den Zeitraum bis Januar 2012 auf den RAD Untersuchungsbefund vom 15. Juli

2011 (Urk. 9/29 , vgl. E. 3.5) verwiesen. Durch das erneute Sturzereignis am 20. Januar 2012 habe zunächst wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten bestanden. Unter Berücksichtigung langjähriger fachärztlich-orthopädischer Praxiserfahrung äusserte Dr. B.____

jedoch erhebliche Zweifel an der Feststellung der C.____ , dass ab Juli 2012 von einem möglichen beruflichen Wiedereinstieg, (schrittweise) sogar zu 100 %, auszugehen sei . Für behinderungsangepasste Tätigkeiten sei ab 13. Juni 2012 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, wobei es sich um körperlich leichte (bis gelegentlich mittelschwere) wechselbelastende Arbeiten handeln sollte und eine Stehhilfe zur Erledigung der stehenden Arbeiten unbedingt empfohlen werde. 4. 4.1

Streitig und zu prüfen ist der Grad der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe bei einem 50%-Pensum und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit.

Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit einerseits auf den RAD-Untersuchungsbericht vom 15. Juli 2011 (Urk. 9/29)

für den Zeitraum ab Juni 2011 (Ablauf der einjährigen Wartezeit) bis Januar 2012 (erneuter Sturz am 20. Januar 2012) - und andererseits für die weitere Phase

auf den Austrittsbericht der C.____ vom 15. Juni 2012 (Urk. 9/45/5-22) 4.2 4.2.1

Gemäss Art. 59 Abs. 2 IVG stehen die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode n können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die Regionalen Ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2).

Sinn und Zweck dieser Bestimmung liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schö nung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektive Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht. Auch auf Stellungnahmen des RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen

Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Sie müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen. Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des Bundesgericht 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2 mit Hinweisen). 4.3

4.3.1

Die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. B.____, welcher als Facharzt der Orthopädie und Traumatologie offensichtlich über die erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt, beruht auf einer persönlichen orthopädischen Untersuchung vom 12. Juli 2011 und entspricht den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht. Dr. B.____ stellte schlüssig fest, dass bei der Beschwerdeführerin ein somatischer Gesundheitsschaden, der ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, ausgewiesen ist. Daraus folgernd attestierte er auch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Küchenhilfe. Er führte aber auch schlüssig aus, dass diese festgestellten Einschränkungen einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 50 % ab Juni 2011 (nach Ablauf der einjährigen Wartezeit) bis Januar 2012 (erneuter Sturz am 20. Januar 2012) nicht entgegenstehen.

Bezüglich der festgestellten Diagnosen setzte er sich auch nicht in Widerspruch zur Einschätzung der behandelnden Fachärztin für Innere Medizin,

Dr. E.____, und erklärte

einleuchtend, dass deren Beurteilung, dass ab August 2011 eine 10-20%ige Arbeitsfähigkeit mit schrittweiser Steigerung möglich sei, nur für die bisherige, nicht aber für eine angepasste Tätigkeit plausibel ist. 4.3.2

Aufgrund der überzeugenden Feststellungen im RAD-Untersuchungsbericht vom 15. Juli 2011 (Urk. 9/29)

kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit (mit körperlich leichter, ausschliesslich sitzender Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 5

Kilogramm, ohne Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulen- und knieelenksbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten [Bücken, Hocken, Knien], ohne Arbeiten in Armvorhalte oder über Kopf, ohne häufiges Gehen auf unebenen Gelände) ab Mai beziehungsweise Juni 2011 zu 50 % zumutbar war. 4.4.4.1

Das Bundesgericht hat sich im Urteil 9C_540/2012 vom 17. Dezember 2012 zum Beweiswert eines Berichtes der C.____ dahingehend geäußert, dass es sich bei dieser Klinik um eine Institution der SUVA und nicht um eine Verwaltungseinheit der Invalidenversicherung handle. Der IV-Stelle sei es nicht verwehrt, im Rahmen der Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen (Art. 43 ATSG) Unterlagen bei Dritten einzuholen (Art. 28 Abs. 3 ATSG). Sie seien in die Beurteilung des Leistungsanspruches einzubeziehen, auch wenn bei deren Erstellung Parteirechte gemäss Art. 44 ATSG allenfalls – etwa mangels Anwendbarkeit dieser Norm – nicht gewahrt worden seien. Dieser Umstand sei indessen bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen. 4.4.2

Der Austrittsbericht der C.____ vom 15. Juni 2012 (Urk. 9/45/5-22) beruht auf einem rund einmonatigen Rehabilitationsaufenthalt der Beschwerdeführerin (vom 15. Mai bis 12. Juni 2012). Er basiert auf umfassenden Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Ärzte der C.____

erhoben detaillierte Befunde und Diagnosen und setzten sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinander. Zudem sind die medizinischen Umstände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. 4. 4 .3

Die Ärzte der C.____ legten nachvollziehbar dar, dass das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen aus somatischer Sicht sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und Bewegungseinschränkungen nicht erklären liess. Ausserdem sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Auch die psychosomatische Abklärung stützt diese Einschätzung und legt dar, dass die Beschwerdeführerin ängstlich und verunsichert sei und ein übermässiges Schonverhalten mit dysfunktionalen Krankheitsüberzeugungen aufzeige. Eine Depression mit Krankheitswert konnte jedoch nicht ausgemacht werden, sodass aus der festgestellten psychischen Störung keine arbeitsrelevante Leistungsminderung resultiere.

Die versicherungsmedizinische Beurteilung des RAD-Arztes Dr. B.____ vom 4. August 2012 (vgl. Erw. 3.9) stützt die im Austrittsbericht dargelegten somatischen Gesundheitsschäden einschliesslich der sich daraus ableitenden Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit vollumfänglich. Einschränkung äussert er sich lediglich hinsichtlich der Beurteilung der 100%igen Arbeitsfähigkeit ab Juli 2012 in der bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe und stützt sich dabei auf seine langjährige fachärztlich-orthopädische Praxiserfahrung.

Trotz dieses nachvollziehbaren Vorbehalts seitens Dr. B.____ überzeugt der Austrittsbericht der C.____ vom 15. Juni 2012 (Urk. 9/45/5-22), und es ist für den Zeitraum ab dem erneuten Sturz der Beschwerdeführerin am 20. Januar 2012 darauf abzustellen. Demnach kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aufgrund des wiederholten Unfalls am 20. Januar 2012 wieder insoweit verschlechtert hat, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bestand. Seit dem 13. Juni 2012 ist der Beschwerdeführerin hingegen wiederum eine körperlich leichte, bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % zumutbar, da sich ihr Gesundheitszustand wieder gebessert hat. 4. 5

Soweit die Beschwerdeführerin verlangt, es seien weitere Abklärungen, insbesondere die Einholung eines Gutachtens, erforderlich (Urk. 1), kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 127 V 491 E. 1b. mit Hinweisen). Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind aufgrund der orthopädischen RAD-Untersuchung am 13. Juli 2011, des Austrittsberichtes C.____ vom 15. Juni 2012 (Urk. 9/45/5-22) und der weiteren medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. 5.

Schliesslich bleibt zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in wirtschaftlicher Hinsicht sowie in ihrer Haushaltsführung - im

Zeitverlauf - auswirkte bzw. immer noch auswirkt. 5.1

Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Qualifikation der Beschwerdeführerin als 50 % im Erwerb und 50 % im Haushalt tätige Versicherte blieb unbestritten. Sie entspricht auch der Aktenlage, war die Beschwerdegegnerin doch während Jahren in einem 50 % -Pensum erwerbstätig (Urk. 9/6 und Urk. 9/10).

Ebenso unbestritten blieb der Abklärungsbericht vom 25. Februar 2013 (Urk. 9/50). Da der medizinischen Würdigung der Aktenlage, wie sie durch die Beschwerdegegnerin erfolgt ist, gefolgt werden kann, und sich aus den Akten auch sonst keinerlei Anhaltspunkte ergeben, die an den Schlussfolgerungen in diesem Bericht zweifeln liessen, ist grundsätzlich darauf abzustellen. 5.2

Zu korrigieren ist die angefochtene Verfügung aber in zweierlei Hinsicht:

Erstens dahingehend, dass der Beschwerdeführerin erst ab April 2012 eine befristete Rente zugesprochen wurde, obwohl die Beschwerdeführerin bereits seit Juni 2010 in ihrer bisherigen Tätigkeit ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig und ab dem 20. Januar 2012 vorübergehend auch in sämtlichen angepassten Tätigkeiten arbeitsunfähig war. Da Art. 88a IVV mit „Änderung des Anspruchs“ betitelt ist, setzt die Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV nämlich einen bereits laufenden Rentenanspruch voraus. Da es aber um eine erstmalige Rente bzw. darum geht, den Rentenbeginn festzulegen, sind einzig die entsprechenden Bestimmungen nach Art. 28 IVG (vgl. E. 1.2) anwendbar und entsprechend ist der Rentenbeginn auf den 20. bzw. 1. Januar 2012 (Art. 29 Abs. 3 IVG) - und nicht, wie verfügt, auf den 1. April 2012 - festzusetzen.

Zweitens kann für den Zeitraum der vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit vom 20. Januar bis 13. Juni 2012 nicht auf den Abklärungsbericht abgestellt werden, da angenommen werden muss, dass die Einschränkung im Haushalt (im Abklärungsbericht mit 19 % angegeben) für diesen Zeitraum um einiges höher ausfällt als im Zeitraum, während welchem die Beschwerdeführerin in leichter, sitzender Tätigkeit in einem Umfang von 50 % arbeitsfähig eingestuft wird. Da mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vermutet werden darf, dass diese vorübergehende Erhöhung der Einschränkung im Haushalt - auch bei Anrechnung einer dann weitergehenden Schadenminderungspflicht der übrigen Haushaltsmitglieder - mindestens 20 % beträgt, ist für den fraglichen Zeitraum eine ganze Rente zuzusprechen ($[\text{Erwerb } 50 \% \times \text{Einschränkung } 100 \%] + [\text{Haushalt } 50 \% \times \text{Einschränkung mindestens } 39 \%] =$ Invaliditätsgrad mindestens 69,5 % bzw. gerundet 70 %).

Im Übrigen hat es bei der ansonsten einen Rentenanspruch klar ausschliessen den Invaliditätsbemessung durch die Beschwerdegegnerin sein Bewenden. 6.

Zusammenfassend ist die Beschwerde dahingehend teilweise gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung insoweit abgeändert wird, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Januar bis 30. September 2012 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen (Rentenanspruch ab 1. Oktober 2012) ist die Beschwerde abzuweisen.

7.

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzu setzen. Da die Beschwerdeführerin nur zu einem kleineren Teil obsiegt, sind ihr die Kosten zu zwei Drittel

und der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel aufzu erlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 26. September 2013 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Januar bis 30. September 2012 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Im Übrigen (Rentenanspruch ab Oktober 2012) wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin zu zwei Drittel und der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstGeiger

E. 8

Der Austrittsbericht der C.____ vom 15. Juni 2012 (Urk. 9/45/5-22) zuhanden der Vaudoise -Unfallversicherung nennt folgende Diagnosen:

(A)

Unfall vom 6. Juni 2010: nicht dislozierte posterolaterale

Tibiafraktur

links nach Sturz mit dem Velo (konservative Therapie)

(A1)

Status nach erneutem Sturz am 10. Oktober 2010:

-

Stationäre Rehabilitation vom 18. Oktober bis

14. November 2011 in de r

A.____

-

intraartikuläre Synovial / Kenacort -Injektion im Juni 2011,

eventuell Therapie mit Miacalcic -Spray diskutiert -

ausgeprägte Instabilität (orthopädi sche Beurteilung im Rahmen der IV-Untersuchung im Juli 2011 durch Dr. B.____)

(A2)

Status nach erneutem Sturz am 20. Januar 2012 -

MRI vom 1. Februar 2012: nicht dislozierte Tibiaplateau -Fraktur mit deutlichem Knochenmarksödem. Deutliche Kontusion des Patella-Unterpoles mit spongöser Infraktion

-

MRI vom 29. Mai 2012: abgesenktes dorsales Tibiaplateau als Residuum der lateralen Tibiaplateau -Fraktur, geringe Chondropathia

trochleae und patellae

(B)

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

(ICD-10: F45.41)

(C)

Chronisches Thorakovertebralsyndrom

(D)

Chronisches Lumbovertebralsyndrom

-

MRI der Lendenwirbelsäule (LSW) vom 16. November 2011: multisegmentale leichte Degeneration mit Hauptbefund auf Höhe L5/S1. Bilaterale Foramenstenose L5/S1 mit möglicher Reizung der Nervenwurzeln L5 bilateral. Stenose am Abgang des Recessus der S1-Wurzel rechts mit möglicher Kompression der Nervenwurzel S1 rechts. Spondylarthrose L5/S1 bilateral.

(E)

Osteopenie der Wirbelsäule, grenzwertige Osteopenie des Femur links

(DXA vom 14. März 2011)

(F)

Adipositas (BMI 34 kg/m²)

(G)

Arterielle Hypertonie (H)

Geringfügige Impingement -Symptomatik linke Schulter ohne Funktions einschränkung (i)

Chronisch rezidivierende epigastrische Schmerzen, NSAR-induzierte
Magenschmerzen mit Nausea

Bei Austritt bestünden folgende Probleme: erhebliche Symptomausweitung, bewegungsabhängige Schmerzen des linken Knies (Gehstrecke von circa 10

Minuten), gelegentliches Anschwellen des linken Knies und Unterschenkels sowie Rückenschmerzen, anamnestisch am ehesten durch unphysiologischen Gang. Im Rahmen der stationären Rehabilitation habe keine namhafte Verbesserung erzielt werden können. Ausserdem sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. So sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können, als bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nicht verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nicht erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Aus psychiatrischer Sicht begründe die festgestellte psychische Störung keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Für die bisherige Tätigkeit als Küchenhilfe bestehe ab dem 13. Juni 2012 noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 15. Juli 2012, ab 16. Juli 2012 betrage diese noch 0 %, wobei wegen der länger dauernden Arbeitsunfähigkeit ein (schrittweiser) Einstieg über vier Wochen ermöglicht werden solle. Zusätzlich solle eine Stehhilfe zur Verfügung gestellt werden, um damit stehende Arbeiten erledigen zu können. Andere behinderungsangepasste Tätigkeiten seien ebenfalls ganztägig möglich, sofern es sich um leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten handle.

Während der Rehabilitation sei eine psychosomatische Abklärung (Urk. 9/45/8 und Urk. 9/45/19-22) mit folgendem Resultat erfolgt: Die Beschwerdeführerin mit schlechter Integration in der Schweiz (kaum vorhandene Deutschkenntnisse) habe nach einem Sturz vom Velo mit Tibia-Fraktur links im Juni 2010 noch zwei weitere Folgestürze aufgrund der Gangunsicherheit erlitten, sodass sich die initiale ängstliche Verunsicherung mit Fixierung auf zwei Gehstöcke noch verfestigt habe und mit Schonverhalten (vieles Liegen) sowie dysfunktionalen Krankheitsüberzeugungen verbunden sei (Angst vor Verschlimmerung bis hin zu kanzerophoben Befürchtungen). Eine Depression von Krankheitswert sei dagegen nicht auszumachen. Infolge der langen Behandlungsdauer mit regressiven Verhaltenstendenzen habe sich eine Eigendynamik mit wahrscheinlich definitiver Chronifizierung eingestellt, wobei neben den somatischen vor allen auch psychische Faktoren das derzeitige Beschwerdebild und den Verlauf bestimmten. Für eine berufliche Eingliederung bestehe eine schlechte Prognose, zumal die Beschwerdeführerin ihre langjährige Arbeitsstelle verloren habe, nur über beschränkte Ressourcen verfüge, sich subjektiv nicht arbeitsfähig fühle und aufgrund des vorgerückten Alters auf dem Arbeitsmarkt auch objektiv geringe Chancen habe; hinzu komme, dass der Ehemann seinerseits aufgrund von Schmerzen vorzeitig pensioniert worden sei und die in unmittelbarer Umgebung lebenden vier Söhne eine Erwerbstätigkeit ihrer leidenden Mutter wahrscheinlich als nicht mehr zumutbar erachte (das Familiensystem dürfte mithin von einer künftigen Berentung ausgehen).

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