

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00131 vom 12. Juli 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-07-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00131](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00131)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00131 du 12 juillet 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00131 del 12 luglio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1961, Contact -Center-Mitarbeiterin bei der Y.\_\_\_\_ SA, meldete sich am 20. Mai 2010 unter Hinweis auf Kopf- und Nackenschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, Schmerzen im linken Arm, Taubheitsgefühle und Kraftlosigkeit in diversen Fingern, Seh schwierigkeiten ( linkes Auge) und ein Lähmungsgefühl in der linken Gesichts hälfte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/7). Die Versicherte hatte am 12. Dezember 2009 als Fahrerin eines Autos einen Unfall (Kollision von zwei Automobilen) erlitten (vgl. dazu auch das heutige unfall versicherungsrechtliche Urteil UV.2013.00213 ; Urk. 8/27/161 ).

Nach entsprechenden erwerblichen und medizinischen Abklärungen ( Beizug der SUVA-Akten sowie Einholung eines polydisziplinären Gutachtens beim Z.\_\_\_\_ [Gutachten vom 18. März 2013; Urk. 8/94/1-41 ; nachfolgend: Z.\_\_\_\_ -Gutachten]) sowie nach Durchführung des Vorbescheid ver fah rens (vgl. Urk. 8/98-115) verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kan tons Zürich, IV Stelle, den Rentenanspruch der Versicherten mit Verfügung vom 18. Dezember 2013 (Urk. 2 = Urk. 8/119) gestützt auf einen rentenaus schlies sen den Invaliditätsgrad von 10 %.

### **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] ). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beein trächtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verur sachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommen den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesund heitlichen 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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie kör perliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Ge sundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als rele vant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Per son bei Aufbietung allen guten Willens, die

verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **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.

### **E. 1.4**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **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 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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

### **E. 2**

Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin mit der Auflage zurückzuweisen, ein Dritt- oder Obergutachten über die Arbeits- resp. Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin einzuholen und sodann neu über den IV-Grad zu entscheiden.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung vom 18. Dezember 2013 (Urk. 2) aus, dass die Beschwerdeführerin ab Juni 2010 sowohl in ihrer angestammten Tätigkeit als Call Center Agent als auch in jeder anderen angepassten Tätigkeit wieder zu 90 % (Pensum 100 % / Leistung 90 %) arbeitsfähig sei. Für die

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % sei die schmerzbedingte leichte neuropsychologische Störung verantwortlich. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit sei ab Juni 2010 aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Dabei sei auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten abzustellen, das alle beweismässigen Anforderungen erfülle. Es ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 10 %.

## E. 2.2

mit Hinweisen). Und andererseits übersieht er, dass es im Ermessen des Experten liegt, ob er seiner Begutachtung Tests zugrunde legt (Urteil 8C\_768/2012 vom 24. Januar

2013 E. 3 mit weiteren Hinweisen). Die versicherungrechtliche Würdigung der Diagnosen durch die Z.\_\_\_\_-Gutachter kann sodann entgegen Dr. N.\_\_\_\_ keinesfalls als Mangel an der Expertise des Z.\_\_\_\_ betrachtet werden, zumal von verschiedenen Seiten die Frage der Aggravation aufgeworfen wurde. Die Ausführungen von Dr. N.\_\_\_\_ sind deshalb nicht geeignet, das Z.\_\_\_\_-Gutachten in Zweifel zu ziehen. Ebenso wenig ist allein die Unkenntnis der Stellungnahme der A.\_\_\_\_-Gutachter vom 29. November

2012 (E.

3.5) geeignet, dem Z.\_\_\_\_ Gutachten den Beweiswert abzusprechen, da die A.\_\_\_\_-Gutachter darin ihre ursprünglichen Feststellungen (E. 3.1) zur Hauptsache bestätigten.

4.1.3

Demzufolge ist gestützt auf die Einschätzungen der Z.\_\_\_\_-Gutachter (vgl. E. 3.6) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt anzusehen, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der aktuell ausgeübten als auch in jeder anderen körperlich leichten bis zumindest mittelschweren Tätigkeit unter Wechselbelastung, ohne häufiges Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, seit Anfang Juni 2010 zu 90 % arbeits- und leistungsfähig ist. 4.2 4.2.1

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs

massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschritten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen). 4.2.2

Angesichts dessen, dass es der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht zumutbar wäre, in ihrem angestammten (und im Übrigen weiterhin ausgeübten) Beruf aus gesundheitlichen Gründen mit einem Pensum von 90 % zu arbeiten, ergibt sich ohne Weiteres eine gesundheitsbedingte Einschränkung von 10 % und somit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 10 %. Demzufolge erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist somit abzuweisen. 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800. festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Marcus Wiegand - 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GräubStocker

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. 3.

### **E. 3**

Die Helsana Unfall AG stellte mit Verfügung vom 22. März 2012 die Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen per Ende Februar 2012 ein und wies die dagegen erhobene Einsprache der Versicherten ab. Die dagegen am 16. September 2013 erhobene Beschwerde hat das hiesige Gericht mit heutigem Urteil abge wiesen (Prozess Nr. UV.2013.00213). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Der Neurologe Dr. med. D.\_\_\_\_ , Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie , und der Neuropsychologin lic . phil. F.\_\_\_\_

vom A.\_\_\_\_

hielten in ihrem - im Auftrag der zu ständigen Unfallversicherung , der Helsana Unfall AG, erstellten - Gutachten ( A.\_\_\_\_ -Gutachten) vom 22. September 2011 (Urk. 8/58 ; vgl. auch die Teilgutachten [ebenfalls unter Urk. 8/58 geführt]) folgende Diagnosen fest (S. 29 f.):  
Neurologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit -

Chronische Neuropathie N. ulnaris links infolge Prellung des Nervs im Sulcus

N. ulnaris bei vorgeschädigtem N. ulnaris links (chronisches posttraumatisches N. ulnaris Syndrom links mit neuropathischen Schmerzen im Bereich des linken Ellbogens mit leichten sensiblen und wahrscheinlich diskreten motorischen Defiziten). -

Persistierendes postcommotionelles Syndrom mit leichten neuropsychologischen und affektiven Störungen, Kopf-, Gesichts- und Nackenschmerzen und erhöhter Ermüdbarkeit. ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Leichtes zerviko-zephalales Syndrom Neuropsychologische Diagnosen -

Leichte Hirnfunktionsstörung Rheumatologische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

keine [...] Psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit -

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10 (GM 2009) F45.41 -

mit dysfunktionalen Durchhaltestrategien/Ignorieren der Schmerzen sowie ängstlichen Begleitsymptomen in der Folge des Unfalls vom 12.12.2009 -

Reaktive depressive Störung, ICD-10 F32.0 -

aktuell leichtgradig, reaktiv auf den Unfall und seine lebensverändernden Folgen -

Status nach früheren depressiven Reaktionen (Ehekrise, Scheidung, Überforderung mit autistischem Sohn) -

Psychoorganisches Syndrom nach Schädel-Hirn-Trauma, ICD-10 F07.2, leichtgradig ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit -

Emotional-expressive Persönlichkeit mit Selbstwertstabilisierung über Leistungsorientierung -

Differentialdiagnose: subsyndromale ADHS F90.0 (Hyperaktivität, Impulsivität, emotionale Instabilität) oder akzentuierte Persönlichkeitszüge , ICD-10 Z73

Die Gutachter führten zudem aus, dass die erheblichen Verletzungen, welche die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 12. Dezember

20

### **E. 3.2**

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, beratender Arzt der Helsana Unfall AG, äusserte sich am 23. November

2011 (Urk. 10/M35 im Prozess UV.2013.00213 ) kritisch zum A.\_\_\_\_ -Gutachten. Er bezeichnete es als widersprüchlich und nicht nachvollziehbar. Die motorischen Störungen im linken Arm würden das ulcus

ulnaris Syndrom betreffen, welches vorbestehend sei und höchstens möglicherweise durch den Unfall exazerbiert habe. Die Hirnfunktionsstörungen würden geringe neuropsychologische pathologische Testergebnisse betreffen mit einer Überlagerung durch eine depressive Problematik mit einer psychiatrischen Diagnose. Es sei zwar möglich, dass tatsächlich eine organische Hirnverletzung stattgefunden habe, das sei aber nicht gesichert. Für eine organische Hirnverletzung lägen keine Beweise vor; das MRI des Schädels sei unauffällig und zeige keine Läsion (S. 3). Das Computertomogramm und das konventionelle Röntgenbild der Halswirbelsäule seien unauffällig gewesen. Es gebe keine Hinweise auf Instabilitäten, so dass mit Blick auf die Schmerzverarbeitungsstörung keine zusätzliche MRI-Untersuchung indiziert sei. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei, wenn überhaupt, durch die neuropsychologischen Defizite eingeschränkt. Da die neuropsychologischen Defizite auch psychiatrisch überlagert seien, könne davon ausgegangen werden, dass allein somatisch unfallbedingt eine höhere als eine 80%ige Arbeitsfähigkeit respektive eine volle resultiere (S. 4). Das A.\_\_\_\_ -Gutachten sei nur bedingt verwertbar (S. 5).

### **E. 3.3**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, beratender Arzt der zuständigen Haftpflichtversicherung (Mobiliar), führte in seinem Bericht vom 28. November 2011 (Urk. 10/M37 im Prozess UV.2013.00213 ) aus, dass das A.\_\_\_\_ -Gutachten widersprüchlich und nicht sorgfältig erstellt sei: Es werde allein aufgrund der Aussagen der Beschwerdeführerin, wonach die Nackenbeschwerden vor dem Unfall auf einem tieferen Niveau gelegen hätten, auf eine richtungsgebende Verschlimmerung geschlossen. Gleichzeitig sei festgestellt worden, dass es kein objektiertes strukturelles Organkorrelat einer unfallbedingten Läsion an Nacken oder Kopf gebe. Die Meinung des rheumatologischen Fachgutachters, wonach es überhaupt keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gebe, finde kurioserweise keine Berücksichtigung in der interdisziplinären Schlussfolgerung. Obschon die Gutachter gewusst hätten, dass eine psychische Störung seit etwa 1998 bekannt sei, hätten sie sich nicht um entsprechende Akten bemüht (S. 13). Der beteiligte Psychiater habe Privatdiagnosen gestellt, die nicht der ICD-10-Klassifikation oder einer anderen anerkannten Klassifikation entsprächen. Es sei kein objektives strukturelles Korrelat einer Verletzung der Halswirbelsäule, ihrer Begleitstrukturen oder des Gehirns objektiert worden; trotzdem sei der Integritätsschaden geschätzt worden, obwohl die gutachterlichen Therapieoptionen nicht ausgeschöpft seien. Im Hinblick auf die postulierte Verletzung des Nervus ulnaris hätten die Gutachter ebenfalls auf die Überprüfung der Vorakten verzichtet (S. 14).

### **E. 3.4**

Nachdem die zuständige Haftpflichtversicherung Dr. H.\_\_\_\_ das erstellte Observationsmaterial zugestellt hatte, nahm dieser am 9. Februar 2012 erneut Stellung (Urk. 10/M39 im Prozess UV.2013.00213 ). Insbesondere erörterte er, ob zwischen dem in den Beobachtungsvideos feststellbaren Verhalten der Beschwerdeführerin einerseits und den von ihr im Rahmen des A.\_\_\_\_ -Gutachtens geklagten Beschwerden beziehungsweise den von den A.\_\_\_\_ -Gutachtern festgestellten Einschränkungen andererseits Diskrepanzen

bestand en (S. 17 f.). Dr. H. \_\_\_ hielt diesbezüglich fest, dass sich aus den Videobeobachtungen ableiten lasse, dass die Beschwerdeführerin einen dynamischen Alltag lebe. Sie ziehe sich nicht zurück. Es bestünden keinerlei Hinweise auf eine soziale Desintegration oder gar auf einen kompletten sozialen Rückzug. Die Beschwerdeführerin sei fähig, Freude auszudrücken. Das lasse Zweifel aufkommen, ob die diagnostizierte „reaktive depressive Störung“ überhaupt zutreffen könne. Was die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten und von den A. \_\_\_ -Gutachtern teilweise übernommenen Schmerzangaben und die sich daraus ergebenden Einschränkungen betreffe, erschliesse sich aus der Videobeobachtung, dass zahlreichen Angaben der Beschwerdeführerin im Widerspruch zum tatsächlich beobachtbaren Verhalten stünden (S. 16). Sie trage oft problemlos Schuhe mit hohen Absätzen (5 bis 7 cm). Sie könne sich sehr weit nach unten beugen, um etwas Heruntergefallenes aufzuheben. Sie könne sehr schnell aufstehen und ihren Rücken begradigen. Sie zeige in mehreren Szenen, dass sie ihren Rücken fast bis in die waagrechte Position beugen könne, was einer sehr guten Beweglichkeit entspreche. Die Angabe der Beschwerdeführerin, sie könne Gegenstände über 1 kg nicht tragen, sei offenkundig falsch. Bei einem Einkauf in einem ALDI-Supermarkt sortiere die Geschädigte mit tiefer Beugung ihres Rückens Einkaufswaren in einem Einkaufssack, den sie nachher selbst wegtrage. Dieser Sack wiege sicher mehr als 1 kg. Ihren Kopf trage sie frei; sie bewege ihn frei und sei in der Lage, extreme Bewegungen ohne Probleme auszuführen. Die Beschwerdeführerin fahre sehr viel mit dem Auto und scheine sich im Verkehr aufmerksam zu verhalten. Allfällig noch bestehende kognitive Defizite hätten beim Autofahren keine Auswirkungen. Insbesondere beim Autofahren, zum Beispiel beim Ausparkieren zeige die Beschwerdeführerin wiederholt, dass die Kopfbeweglichkeit völlig uneingeschränkt sei. Sie habe zu keinem Zeitpunkt Schonhaltungen, schmerzbedingte Einschränkungen oder irgendeine Behinderung gezeigt; vielmehr bewege sie sich stets geschmeidig, oft zügig und schnell. Auch die Ellenbogenbeweglichkeit links und rechts sowie die beidseitige Schulterbeweglichkeit zeigten keinerlei Einschränkungen. Im Alltag präsentiere die Beschwerdeführerin - sich unbeobachtet wählend - nicht eine einzige der Behinderungen, die sie gegenüber den Gutachtern geklagt habe (S. 17). Wahrscheinlich liege eine Aggravation vor. Die Beschwerdeführerin übertreibe die Beschwerden bewusst und zweckgerichtet. Ziel sei offenkundig die Durchsetzung von Beherrschungen gegenüber den Versicherungen. Offensichtlich seien die Beschwerden (sofern

überhaupt vorhanden) überwindbar (S. 18). Gestützt auf die Videobeobachtungen ergebe sich, dass keine sichtbaren somatischen oder psychischen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vorhanden seien (S. 19).

### **E. 3.5**

In ihrem Bericht vom 29. November 2012 (Urk. 8/106) bezogen Dr. D. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ sich an ihrem Gutachten erhobenen Kritikstellungen und äusser ten sich auch zu den Ergebnissen der Observation: Insgesamt vertraten sie die Auffassung, dass die Observationsbeobachtungen nicht im Widerspruch zu den von der Beschwerdeführerin gemachten Aussagen und den klinischen Beobachtungen während der Begutachtung stünden. Die von Dr. G. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ erhobene Kritik an ihrem Gutachten wiesen sie zurück.

### **E. 3.6**

Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Dr.

med . J.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Neurologie, und der Neuropsychologe lic . phil. M.\_\_\_\_ hielten in ihrem Gut achten vom 18. März

2013 (Urk. 8/94 ; Z.\_\_\_\_ -Gutachten) folgende Diagnosen fest (S. 36 f.): Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2) -

Status nach PKW-Kollision am 12.12.09 mit frontaler Schädel- und Thoraxprellung , linksseitiger Ellbogen- und Kniekontusion sowie Handgelenksdistorsion -

radiologisch unauffälliger Befund der HWS (Röntgen CT 12.12.09 und Röntgen 27.06.11) - praktisch freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule -

leichte neuropsychologische Störung infolge Schmerzen Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1.

Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) 2.

Zöliakie (ICD-10 K90.0) 3.

Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1) 4.

Konstitutionell vermehrte Bandlaxizität (ICD-10 M35.7) 5.

Hallux

valgus und Spreizfuss beidseits (ICD-10 M21.07/M21.87) 6.

Anamnestisch Status nach Lumbalgie bis etwa 1995 (ICD-10 M54.5) 7.

Leichte Ulnarisneuropathie links (ICD-10 G56.2)

Aus neurologischer Sicht könne davon ausgegangen werden, dass die Be schwer deführerin anlässlich des Unfalls vom 12. Dezember 2009 eine leichte Commotio cerebri erlitten habe. In einem im Februar 2010 durchgeführten MRI des Schädels hätten keine posttraumatischen Läsionen objektiviert werden können. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin eine traumatische Hirnverletzung mit moderatem Schweregrad (initiale Desorientie rung auf der Notfallstation) erlitten habe. Aktuell könne ein leichtes tendomyo pathisches zervikales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Reiz- beziehungsweise sensorische Ausfallsymptomatik objektiviert werden. Für das Taubheitsgefühl im Bereich des Klein- und Ringfingers sei eine leichte Ulnarisneuropathie links verantwortlich, welche aber gemäss aktueller neurologischer Einschätzung nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Aus orthopädischer Sicht sei vom Vorliegen eines chronischen zervikovertebralen Schmerzsyndroms bei prak tisch freier Beweglichkeit der Halswirbelsäule auszugehen. Aus orthopädi scher Sicht bestehe für die aktuell ausgeübte wie auch für jede andere körper lich leichte bis mittelschwere Tätigkeit unter Wechselbelastung eine zeitlich und leis tungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aufgrund einer in der neu ropsychologischen Untersuchung fassbaren leichten neuropsychologischen, schmerz bedingten Störung bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 %. Hingegen w erde die Arbeitsfähigkeit durch die diagnostizierte leichte depressive Episode nicht beschränkt. Auch wenn eine gewisse Diskrepanz zwi schen

dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivier baren Befunden bestehe, könne keine Diagnose einer anhaltenden somato formen Schmerzstörung gestellt werden. Vielmehr müsse vom Vorliegen einer Schmerzausweitung ausgegangen werden. In der polydisziplinären Konsensbe sprechung sei man zum Schluss gekommen, dass sowohl in der aktuell ausge übten als auch in jeder anderen körperlich leichten bis zumindest mittelschwe ren Tätigkeit unter Wechselbelastung, ohne häufiges Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, seit Anfang Juni 2010 eine 90%ige Arbeits- und Leistungs fähigkeit bestehe. Für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % sei die schmerzbedingte leichte neuropsychologische Störung verantwortlich (S. 37 f.).

### **E. 3.7**

Dr. med. N.\_\_\_\_ , Ärztlicher Direktor der B.\_\_\_\_ , diagnostizierte in seinem Bericht vom 13. Juli

2012 (Urk. 3/7 im Prozess UV.2013 .00213 ) ein chronisches Schmerz- und Vegetativsyndrom nach Unfall ereignis , eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) mit Elementen von somatoformen autonomen Funktionsstörungen (F45.30), eine Anpassungs störung mit gemischter ängstlicher, dissoziativer und depressiver Reaktion (F43.22) sowie eine emotionale Instabilität. Er erachte die Beschwerdeführerin als zu 50 % arbeitsfähig. Zu empfehlen sei eine Kombination von interdiszipli närer Schmerztherapie und von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behand lungen. Falls die notwendigen Settings stabil installiert werden könnten, sei prognostisch eine gesundheitliche Besserung anzunehmen.

### **E. 3.8**

Die Psychologin O.\_\_\_\_ , Oberärztin Dr. med. P.\_\_\_\_ , der Leitende Arzt Dr.

med. Q.\_\_\_\_ und Chefarzt Dr. med. R.\_\_\_\_ von der Klinik S.\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 7. Februar 2013 (Urk. 3/2 im Prozess UV.2013.00213 ) aus, dass die Beschwerdeführerin unter einer rezidivierenden depressiven Episode (gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Ausprägung) im Zusammenhang mit seit längerem andauernden chronischen Schmerzen infolge eines Autounfalls leide. Der Aufenthalt habe zu einer Verbesserung der psychischen Stabilität geführt, aber die Beschwerdeführerin habe sich entgegen der vorgeschlagenen Verlän gerung der Rehabilitation zu einem vorzeitigen Austritt entschieden (S. 3).

### **E. 3.9**

Dr. H.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem Bericht vom 24. Juli 2013 (Urk. 21/2 im Pro zess UV.2013.00213 ), in dem er zum Z.\_\_\_\_ -Gutachten Stellung nahm, dahinge hend, das s seine Feststellungen, die er bei Betrachtung des Überwachungsvideos gemacht habe, durch die Z.\_\_\_\_ -Gutachter bestätigt worden seien. Insgesamt gelte, dass der Status quo ante/sine per 31. Mai 2010 erreicht worden sei. Die verblie bene Restarbeitsunfähigkeit von 10 % wegen geringgradiger

neurokognitiver Defizite könne nicht ursächlich auf den erlittenen Unfall zurückgeführt werden, da eine hirnorganische unfalltraumatische Läsion durch eine objektivierende Untersuchung (MRI Schädel) habe ausgeschlossen werden können (S. 19).

### **E. 3.10**

Hausarzt Dr. med. T.\_\_\_\_ , Allgemeine Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 4. September 2013 (Urk. 3/4 im Prozess UV.2013.00213 ) fest, dass die leider eingetretene Chronifizierung der linksseitigen Kopfschmerzen die Beschwerdeführerin wirklich stark beeinträchtigt und zum grossen Schmerzmittelkonsum führe. Er erachte die Beschwerdeführerin als tapfere Kämpferin, die ihren Arbeitsplatz schätze und ihn bewahren möchte. Die Arbeitsfähigkeit von 50 %, dann 60 % habe nicht weiter gesteigert werden können. Die psychosozialen Belastungsfaktoren als alleinerziehende Mutter eines äusserst schwierigen, an der Asperger -Krankheit leidenden Sohnes hätten ihr sicher noch zusätzlich Kräfte geraubt. Zusammenfassend fände er die Beurteilung, dass die Beschwerdeführerin schon länger 100 % arbeitsfähig gewesen wäre, ungerechtfertigt; das berücksichtige ihre kritische Gesamtsituation nicht .

### **E. 3.11**

Dr. med. U.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, kam in ihrem versicherungsmedizinischen Aktengutachten vom 15. Februar 2014 (Urk. 21/5 im Prozess UV.2013.00213 ) zum Schluss, dass auf das A.\_\_\_\_ -Gutachten nicht abgestellt werden könne. Auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet bestehe unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde kein Gesundheitsschaden, der versicherungsmedizinisch betrachtet eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf die zuletzt ausgeübte, eine allfällige Verweistätigkeit oder für die Tätigkeit als Hausfrau begründen könnte. Demzufolge könnten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden. Festzuhalten seien jedoch unter anderem folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei chronischem Kopfschmerz vom Spannungstyp, tendenzieller Hypermobilität und radiologisch unauffälligem Befund der Halswirbelsäule sowie eine leichte

Ulnarisneuropathie links (S. 67 f.). In Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ und insbesondere unter Berücksichtigung des Video-Beobachtungsmaterials sei davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin namentlich anlässlich der Begutachtung beim A.\_\_\_\_ zumindest stark selbstlimitiert habe. Allenfalls sei es durch den Unfall zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes gekommen, je doch ausdrücklich nicht zu einer richtungsgebenden. So hätten zu keiner Zeit strukturelle Organkorrelate einer unfallbedingten Läsion im Bereich des Hals- und Bewegungsapparates objektiviert werden können (S. 70).

### **E. 3.12**

Dr. med. V.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Neurologie, erörterte in seinem neurologischen Aktengutachten vom 18. März 2014 (Urk. 21/3 im Prozess UV.2013.00213 ), dass bei der Beschwerdeführerin keine Befunde vorhanden seien, die für das Vorliegen einer leichten traumatischen Hirnverletzung („Mild Traumatic Brain Injury “ MTBI) beziehungsweise einer Commotio cerebri sprechen würden. Deshalb sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei der Auffahrkollision vom 12. Dezember 2009 keine substantielle, das heisse keine strukturell fassbare Hirnverletzung davongetragen habe. Zudem heile nach heutigem Kenntnisstand eine MTBI folgenlos aus. Insofern sei die Diagnose eines „ postcommotionellen Syndroms“ durch Dr. D.\_\_\_\_

in Kenntnis der unauffälligen Bildgebung und der charakteristischweise günstigen Prognose einer leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI beziehungsweise Comotio cerebri) nach mehrjährigem Verlauf keineswegs nachvollziehbar. Ausserdem erstaune die von den A.\_\_\_\_-Gutachtern genannte Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma, die in der Diagnosenliste gar nicht erwähnt worden sei. Die Annahme einer mittelschweren Hirnverletzung durch Dr. D.\_\_\_\_ könne unter Berücksichtigung der etablierten Kriterien nicht nachvollzogen werden, zumal die Graduierung „mittelschwer“ einen initialen Wert auf der Glasgow Coma

Scale von 9 bis 12 Punkten voraussetze, was bei der Beschwerdeführerin gemäss der echtzeitlichen Dokumentation nicht der Fall gewesen sei. Bei fehlenden strukturellen posttraumatischen zerebralen Befunden in der geeigneten Bildgebung könnten auch die offenbar bis dato geklagten neuropsychologischen Beschwerden nicht mehr als organische Unfallfolge anerkannt werden. Es seien nur noch leicht gradige und insgesamt unspezifische Funktionsstörungen nachgewiesen worden; zudem sei auf eine wahrscheinliche Schmerzassoziation hingewiesen worden (S. 13-15).

### **E. 3.13**

Dr. med. W.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Aktengutachten vom 24. März

2014 (Urk. 21/4 im Prozess UV.2013.00213) aus, dass aus versicherungspsychiatrischer Sicht die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) nachvollzogen werden könne. Hinsichtlich des Schweregrades lägen aber Differenzen vor. Differentialdiagnostisch wäre auch an eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) zu denken (S. 60), der aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukomme (S. 61). Des Weiteren könne auch die Diagnose einer Anpassungsstörung mit gemischter ängstlicher, dissoziativer und depressiver Reaktion (ICD-10 F43.22) im Zusammenhang mit anhaltendem neuralgischem Syndrom nach Verkehrsunfall am 12. Dezember 2009 sowie durch veränderte Lebensumstände nach dem Auszug der Kinder und tendenzieller Isolation nachvollzogen werden. Diese Störung sei definitionsgemäss als leichtgradig einzustufen; sie begründe aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit (S. 61 f.). Es lägen auch keine weiteren psychischen Störungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor; insbesondere liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) vor (S. 62). Es sei festzuhalten, dass aufgrund der vorhandenen Akten und dem vorliegenden Observationsmaterial erhebliche Zweifel am Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, die eine erhebliche Einschränkung im Alltag der Beschwerdeführerin begründeten, bestünden (S. 64).

Die Überlegungen von Dr. H.\_\_\_\_ seien aus versicherungspsychiatrischer Sicht durchgängig nachvollziehbar und schlüssig (S. 68). 4.1 4.1.1

Vorauszuschicken ist, dass im vorliegenden Fall die medizinische Aktenlage sehr umfangreich und aussagekräftig ist. Zwar vertreten - wie oben dargelegt wurde und nachfolgend zu diskutieren sein wird - nicht alle Ärztinnen und Ärzte dieselben Meinungen; dies ändert aber nichts daran, dass aus den Akten die notwendigen Entscheidungsgrundlagen gewonnen werden können. Es besteht deshalb kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen oder für den Beizug oder die Einholung weiterer Akten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d).

Wie sich aus den vorstehend wiedergegebenen Gutachten und Berichten ergibt, gab die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin unter den beteiligten medizinischen Experten und Expertinnen zu kontrovers geführten Meinungsäusserungen Anlass. Dabei schrieb en die A.\_\_\_\_ -Gutachter (vgl. E. 3.1 und E. 3.5), der behandelnde Psychiater Dr. N.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.7) sowie die behandelnden Ärzte an der Klinik S.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.8) und der Hausarzt der Be schwerdeführerin, Dr. T.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.10), den erhobenen Gesundheitsbe ein träch tigungen

einen erheblichen Einfluss auf die Arbeitsfä higkeit zu . Demgegenüber vertraten Dr. G.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.2), Dr. H.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.3, 3.4 und 3.9), die Z.\_\_\_\_ -Gutachter (vgl. E. 3.6), Dr. U.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.11), Dr. V.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.12) und Dr. W.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.13) die Auffassung, dass der Gesundheitszustand der Be schwerdeführerin wesentlich besser sei, als er insbe sondere im A.\_\_\_\_ -Gutachten geschildert worden sei. 4.1.2

Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin stützten sich die zweitgenannten Expertinnen und Experten auch auf die durch den Über wachungsbericht vom 9. Dezember 2011 (Urk. 8/67/19-43; vgl. dazu auch den qualitativ besseren Ausdruck des Berichts in den Akten der Unfallversiche rung: Urk. 9/K379 im Prozess Nr. UV.2013.00213) gewonnenen Erkenntnisse. Aus der im Bericht enthaltenen Bilddokumentation ist unter anderem ersicht lic h, dass die Beschwerdeführerin nicht nur in der Lage ist, schwere Lasten zu tragen (S. 20), sondern auch auf Schuhen mit hohen Absätzen rennend die Strasse zu überqueren (S. 22) und beim Einkaufen ungünstige Körperpositionen einzu nehmen (S. 23).

Die Erkenntnisse der Observation (Bericht und DVD) wurden in der Folge - wie ausgeführt - diversen Ärztinnen und Ärzten zur Beurteilung vorgelegt. Diesbe züglich fällt auf, dass lediglich die A.\_\_\_\_ -Gutachter der Ansicht waren, dass die gewonnenen Erkenntnisse für die in ihrem Gutachten gezogenen Schlüsse irre le vant seien beziehungsweise nicht im Widerspruch zu ihnen stünden (vgl. E. 3.5). Dass diese Einschätzung nicht zutreffend ist, ergibt sich jedoch aus ei nem Ver gleich zwischen den Aussagen im A.\_\_\_\_ -Gutachten und den Fotos des Obser vationsberichts . Im A.\_\_\_\_ -Gutachten wurde ausgeführt, dass die Be schwer de füh rerin bei allen Tätigkeiten, die manuell beidhändig ausgeführt wer den müssten

und zwingend eine Gewichtsbelastung des linken Arms von mehr als 3 kg er for derten, eingeschränkt sei. Namentlich erwähnt wird das Trag en von Ein käufen (Urk. 8/58 S. 50). Auf Foto Nr. 6 des Obser vationsberichts (Urk. 8/67/19-43 S. 20) ist hingegen ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin beidhändig und offen sicht lich mühelos eine gefüllte Kunststoff-Kiste sowie ei nen gefüllten Sack zu einem Auto trägt. Dass dies mit den Folgerungen der A.\_\_\_\_ -Gutachter, wonach nur noch armschonende Tätigkeiten zumutbar sind (Urk. 8/58 S. 48), nicht vereinbar ist, ist offensichtlich und wurde zu Recht ins besondere auch von Dr. H.\_\_\_\_ thematisiert (vgl. E. 3.4). Nicht nachvollziehbar ist hingegen, wes halb die A.\_\_\_\_ -Gutachter auch nach Kenntnis der Observati onsergebnisse unver ändert an ihren Einschätzungen festhielten, ohne sich mit den von den übrigen befassten Gutachtern diskutierten Fragen der Inkonsistenz zwischen den Anga ben der Beschwerdeführerin und dem gezeigten Verhalten auseinanderzusetzen. Demgegenüber trugen die Z.\_\_\_\_ -Gutachter, Dr. H.\_\_\_\_ , Dr. U.\_\_\_\_ , Dr. V.\_\_\_\_ und Dr. W.\_\_\_\_ den Ergebnissen der Observation Rech nung, weshalb sich ihre Einschätzungen als nachvollziehbarer und überzeugender erweisen.

Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin (Urk.

1 S.

7), führt die Kenntnis des Observationsberichts nicht zur Befangenheit der Z.\_\_\_\_-Gutachter. Viel mehr ist es ein besonders ins Gewicht fallender Vorteil des Z.\_\_\_\_-Gutachtens, dass den Z.\_\_\_\_-Gutachtern von Anfang an die Ergebnisse der durchgeführten Observation zur Verfügung standen und sie ihre Beurteilungen somit in umfassender Kenntnis des Sachverhalts formulieren konnten, während die A.\_\_\_\_-Gutachter ihre Beurteilung abzufassen hatten, bevor der Observationsbericht verfasst wurde. Es wurde bereits ausgeführt, dass die nachträgliche Versicherung der A.\_\_\_\_-Gutachter, wonach die Observation keine Ergebnisse zutage gefördert habe, die eine Neubeurteilung ihrer gutachterlichen Feststellungen erforderlich machten, nicht zu überzeugen vermag. Aus dem Gesagten folgt, dass vorliegend auf die Beurteilungen und Einschätzungen im Z.\_\_\_\_-Gutachten abzustellen ist (vgl. E. 3.6). Dem Z.\_\_\_\_-Gutachten, das sämtliche in E. 1.5 wiedergegebenen Anforderungen an ein Gutachten erfüllt, kommt volle Beweiskraft zu.

Daran vermögen die von der Beschwerdeführerin gegen das Z.\_\_\_\_-Gutachten erhobenen Rügen (Urk. 1 S. 6 f.) nichts zu ändern. Was die von ihr bemängelte Dauer der durch die Z.\_\_\_\_-Gutachter vorgenommenen Untersuchung anbelangt („lediglich etwas mehr als ein Tag“; Urk. 1 S. 6), ist festzuhalten, dass es nach der Rechtsprechung für den Aussagegehalt einer medizinischen Berichterstattung grundsätzlich nicht auf die Dauer der jeweiligen Untersuchung ankommt. Massgebend ist in erster Linie vielmehr, ob die darauf basierenden ärztlichen Folgerungen inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.2 und 9C\_330/2011 vom 8. Juni 2011 E. 5 mit Hinweisen). Davon ist hier auszugehen, wie vorstehend bereits dargelegt wurde. Die vom behandelnden Dr. N.\_\_\_\_ formulierte Kritik am Z.\_\_\_\_-Gutachten (Urk. 8/114 S. 2 f.) führt zu keinem anderen Schluss. Einerseits verkennen seine Einwendungen zur Anzahl der Untersuchungstermine offenbar die im Rahmen der Beweiswürdigung relevante Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (Urteil des Bundesgerichts 9C\_629/2012 vom 31. Oktober 2012 E.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

#### **E. 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. 09**

erlitten habe, dauerhafte leichte kognitive Störungen hinterlassen hätten. Sie seien mehreren Ursachen zuzuschreiben. Im Vordergrund stehe das persistierende postkommotionelle Syndrom. Dieses sei durch den Kopfanprall verursacht worden und werde

von Kopf- und Gesichtsschmerzen links begleitet. Zusätzlich bei hinteren Nacken- und linke Armschmerzen die neuropsychologischen Leistungen. Die Untersuchung des Achsenskeletts habe keine Hinweise auf eine unfallbedingte Verletzung ergeben, welche die Nackenschmerzen begründen würde. Hingegen liessen sich die Schmerzen im linken Arm auf die Prellung des N. ulnaris am linken Ellbogen zurückführen. Aus somatischer Sicht sei die Beschwerdeführerin im Alltag durch die kognitiven Störungen und die schmerzbedingte verminderte körperliche Belastung beeinträchtigt, aus psychiatrischer Sicht durch Schmerzen, affektive Störungen und Störungen der emotionalen Regulation, welche die Schmerzbewältigung beeinträchtigten. Aus somatischer Sicht erscheine ein 80%iges Arbeitspensum zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht liege die zumutbare Arbeitsfähigkeit bei einem 60%-Pensum (S. 42).

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