

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00702 vom 15. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00702](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00702)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00702 du 15 juin 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00702 del 15 giugno 2015

## Erwägungen

### E. 1.1

X.\_\_\_\_, geboren 1967, absolvierte eine Lehre als Floristin und danach die Meisterausbildung sowie diverse Weiterbildungen (Urk. 8/2/5). Sie war als Leiterin und Dozentin der Y.\_\_\_\_, einer internationalen Schule für Floristen und Formgeber, tätig (Urk. 8/2/5, 8/6/1 und 8/8/56), als sie am 12. Dezember 2006 einen Arbeitsunfall erlitt. Es fiel ihr

eine etwa 23

Kilogramm schwere Papierrolle aus vier Metern Höhe auf den Kopf. Die Versicherte wurde darauf mit der Ambulanz ins Spital Z.\_\_\_\_ gebracht, wo eine Commotio cerebri (Hirnerschütterung) und eine Distorsion der Halswirbelsäule, Grad I-II,

mit passagerer Hypästhesie im rechten Arm diagnostiziert wurden (Urk. 8/8/42). Bis zum 23. Dezember 2006 hielt sich die Versicherte stationär im Spital Z.\_\_\_\_ auf (Urk. 8/8/42). Anschliessend war sie bis zum

### E. 1.2

Am 19. Juli 2008 meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an, da sie an chronischen Kopf- und Halswirbelsäulenschmerzen, an Erschöpfung und an Gleichgewichtsstörungen leide, was ihre Leistungsfähigkeit stark beeinträchtige (Urk. 8/2/7 und 8/2/9). Die IV-Stelle zog die Akten des Unfallversicherers bei (Urk. 8/8).

Überdies tätigte sie erwerbliche (Urk. 8/9, 8/10, 8/13, 8/16 und 8/57) und medizinische (Urk. 8/11, 8/15, 8/20, 8/37 und 8/49) Abklärungen. Unter anderem holte sie ein interdisziplinäres Gutachten in den Fachbereichen Rheumatologie und Psychiatrie der medizinischen Abklärungsstelle

B.\_\_\_\_

des C.\_\_\_\_

vom 31. Dezember 2009 ein (Urk. 8/37). Hernach gab sie bei derselben auch ein neuropsychologisches Gutachten in Auftrag (Urk. 8/39), das am 8. November 2010 erstattet wurde (Urk. 8/49). In der Folge holte die IV-Stelle eine konsensbasierte interdisziplinäre Beurteilung der Begutachtenden der B.\_\_\_\_

vom 25. November 2010 ein (Urk. 8/51). Nach dem Eingang weiterer Akten des Unfallversicherers (Urk. 8/60) und der Buchhaltungsunterlagen der Y.\_\_\_\_

für 2010 (Urk. 8/64) stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 8. September 2011 (Urk. 8/72) ab Dezember 2007 eine Dreiviertelsrente und ab November 2010 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung in Aussicht. Dagegen erhob die damalige Rechtsvertreterin der Versicherten Einwand

(Urk.

8/77). Die IV-Stelle nahm darauf die Buchhaltungsunterlagen

der Y.\_\_\_\_

für 2011 zu den Akten (Urk. 8/87) und holte einen neuen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 1. Februar 2013 ein (Urk. 8/92). Mit Vorbescheid vom

## **E. 5**

. Februar 2007

zur Rehabilitation in der

Klinik A.\_\_\_\_

hospitalisiert (Urk. 8/8/39).

Es wurde der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 12. Dezember 2006, von 80 %

ab dem 2. Juli 2007 und von 50 % ab dem 15. November 2007 attestiert (Urk. 8/2/6, 8/8/2, 8/8/4, 8/8/13 und 8/15/7).

Der Unfallversicherer des Betriebes, die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG,

übernahm die Heilbehandlungskosten und richtete der Versicherten

Taggelder aus (Urk. 8/8/43 und 8/8/58 ff.).

### **E. 5.1**

Aus den Ausführungen der Begutachtenden des B.\_\_\_\_ sowie den Berichten der zahlreichen untersuchenden Ärzte geht hervor, dass für die geklagten Schmerzen, die eingeschränkte Leistungsfähigkeit, die leichte Erschöpfbarkeit und die neuropsychologischen Befunde keine organische Ursache

nachgewiesen werden konnte. Objektivierbar ist lediglich eine flache Diskushernie C5/6 rechts ohne neurale Kompression, trotz welcher der Beschwerdeführerin gemäss dem rheumatologischen Teilgutachten der B.\_\_\_\_ sowohl die ursprüngliche als auch die seit 2007 ausgeübte angepasste Tätigkeit ganztags zumutbar ist. Es wird ihr deswegen ein erhöhter Pausenbedarf und eine daraus resultierende Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit um 20 % zugestanden (Urk. 8/37/17), was äusserst grosszügig erscheint. Selbst wenn jedoch auf diese Einschätzung abzustellen wäre, so wäre zu beachten, dass die Beschwerdeführerin mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in ihrer ursprünglichen Tätigkeit immer noch ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könnte.

### **E. 5.2**

Die Beschwerdeführerin zieht die Richtigkeit der gestellten psychiatrischen Diagnosen in Zweifel und macht geltend, es hätte abgeklärt werden müssen, ob sie nach dem Unfall vom 12. Dezember

2006 bewusstlos gewesen sei, da in einem solchen Fall gemäss den gutachterlichen Ausführungen die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2) gestellt werden müsste ( Urk. 1 S. 7).

Hierzu ist zu bemerken, dass das organische Psychosyndrom einem Schädel - trauma folgt, das gewöhnlich schwer genug ist, um zu Bewusstlosigkeit zu führen. Es besteht aus einer Reihe verschiedenartiger Symptome wie Kopfschmerzen, Schwindel (meistens ohne die Merkmale einer echten Vertigo ), Erschöpftheit , Reizbarkeit, Störungen der Konzentration, des geistigen Leistungsvermögens, des Gedächtnisses, des Schlafes und einer verminderten Belastungsfähigkeit bei Stress, emotionalen Reizen oder unter Alkohol. Diese Symptome können von Depressivität oder Angst begleitet sein, als Folge eines verminderten Selbstwertgefühls und Furcht vor bleibender Hirnschädigung. Solche Gefühle verstärken die ursprünglichen Symptome, und es entsteht ein Circulus vitiosus . Einige Patienten werden hypochondrisch, suchen immer wieder nach neuen Diagnosen und Behandlungen und können eine ständige Krankenrolle annehmen. Die Ätiologie der Symptome ist nicht immer klar, man nimmt sowohl organische wie psychische Faktoren als Ursache an. Daher ist die nosologische Zuordnung dieses Zustandsbildes etwas unklar. Ohne Zweifel ist dieses Syndrom jedoch häufig und beeinträchtigend für Patienten.

Mindestens drei der erwähnten Merkmale rechtfertigen die Diagnose. Sorgfältige technische Untersuchungen (Elektroenzephalographie, evozierte Hirnstammpotentialien , bildgebende Verfahren, Elektronystagmographie ) können objektive Nachweise liefern und die Symptome belegen, aber oft sind diese Befunde negativ. Die Beschwerden sind nicht notwendigerweise mit Entschädigungs- oder Rentenbegehren verbunden (vgl. zum Ganzen: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S. 103 f.).

Im vorliegenden Fall konnte trotz umfangreicher Abklärungen eine organische Ursache nicht nachgewiesen werden . Eine psychische Beeinträchtigung allein begründet entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung ( Urk. 1 S. 8) als solche noch keine Invalidität. Vielmehr ist zu prüfen, ob eine seelische Abwegigkeit mit Krankheitswert besteht, welche die Versicherte auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen) . Die zur Diskussion stehenden Symptome entsprechen einem pathogenetisch ätiologisch unklaren syndromalen Zustand ohne nachweisbare organische Grundlage , weshalb auch im Falle eines diagnostizierten organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2) anhand der sogenannten Foerster-Kriterien zu prüfen wäre , ob das Leiden mit einer zumutbaren Willensanstrengung unüberwindbar ist. Es spielt deshalb im Ergebnis keine Rolle, ob ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2) vorliegt. Insbesondere ist nach dem Gesagten auch nicht relevant, ob (und wie lange) die Beschwerdeführerin nach ihrem Unfall bewusstlos war. Es ist deshalb auf weitere Abklärungen, namentlich auch auf den beantragten Beizug der Akten des Verwaltungsgerichts des Kantons D.\_\_\_\_ , Verfahren VV.2012.333 ( Urk. 1 S. 3), zu verzichten.

Lediglich am Rande ist dennoch zu bemerken, dass weder von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wurde noch sich aus den Akten ergibt, dass im Polizeirapport vom 12. Dezember 2006 oder andernorts eine Bewusstlosigkeit festgehalten wurde (vgl. Urk. 1 und 3/4 S. 12).

Ebenso wenig enthält

der Autopsiebericht des Spitals Z.\_\_\_\_ Anhaltspunkte für eine Bewusstlosigkeit, wurden damit doch lediglich Bewusstseinsbeschränkungen dokumentiert ( Urk. 8/8/42 ). Die Beschwerdeführerin selbst schilderte am 26. April 2007 gegenüber dem Schadeninspektor des Unfallversicherers, dass sie sich an einen „Chlapp“ und an einen Schrei, welcher vermutlich von ihr selber stammte, erinnern könne. Danach könne sie sich nur noch bruchstückhaft erinnern. Sie könne sich noch an das Horn des Sanitätswagens erinnern oder an den Transport ins Spital. An die computertomographische Untersuchung vermöge sie sich nicht mehr zu erinnern. Die vollständige Erinnerung sei erst wieder im Spital Z.\_\_\_\_ vorhanden gewesen ( Urk. 8/8/53). Von einer Bewusstlosigkeit war somit anlässlich ihrer „Aussagen der ersten Stunde“, welchen in der Regel besonderes Gewicht zukommt (BGE 121 V 45 E. 1a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis), nicht die Rede. Auch bei ihrer psychiatrischen Begutachtung am 10. November 2009 führte sie noch aus, sie könne nicht sicher sagen, ob sie bewusstlos gewesen sei. Sie habe insgesamt nur lückenhafte Erinnerungen an die ersten Tage nach dem Unfall ( Urk. 8/37/26). Erst bei der neuropsychologischen Begutachtung im Sommer 2010 vermochte sie anzugeben, dass sie bewusstlos gewesen sei und sich an den Unfall nicht mehr erinnern könne. Sie habe eine schwache Erinnerung und das Gefühl, das Horn der Ambulanz gehört zu haben. Sie sei ins Spital Z.\_\_\_\_ eingewiesen worden, wo ihr Erinnerungsvermögen wieder eingesetzt habe (Urk. 8/49/10). Ferner führte sie am 8. November 2012 gegenüber der Abklärungsperson aus, dass sie das Bewusstsein verloren und nur noch teilweise Erinnerungen an den Vorfall habe ( Urk. 8/92/1). Vor dem aufgezeigten Hintergrund erscheint es zumindest als fraglich, ob weitere Abklärungen die Annahme einer Bewusstlosigkeit als überwiegend wahrscheinlich erscheinen liessen. Wie es sich tatsächlich verhält, kann aus den bereits dargelegten Gründen jedoch offen bleiben.

### **E. 5.3**

Bei der Überwindbarkeitsprüfung anhand der sogenannten Foerster-Kriterien hat die Beschwerdegegnerin eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer zu Recht verneint (vgl. E. 5.1 hier vor). Sie hat sodann richtig erkannt, dass mit der flachen Diskushernie C5/6 rechts (ohne neurale Kompression) eine chronische körperliche Begleiterkrankung vorliegt. Ein chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung lässt sich den Akten indessen nicht entnehmen. Vielmehr geht daraus hervor, dass sich die Beschwerdeführerin im Verlauf des Jahres 2010 wiederholt im M.\_\_\_\_ in N.\_\_\_\_, O.\_\_\_\_, aufhielt. Dort unterzog sie sich einer Kryo-therapie in Kombination mit Akupunktur und Physiotherapie und beschrieb hernach jeweils

eine deutliche Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation ( Urk. 8/60/31 und 8/60/46 ff. ). Bereits früheren ärztlichen Berichten lässt sich entnehmen, dass eine Kombination von Physiotherapie, Osteopathie und Kraniosakraltherapie zumindest leicht gradige Verbesserungen bewirkte (Urk. 8/8/15 und 8/15/19). Ebenso wurden unter der Anwendung von neuro-muskulären Reflex-techniken, des Softpower-Lasers über der Halswirbelsäule, Kryotherapie, gezielte heilgymnastische Übungen usw. eine erfreulich gute subjektive und objektive Besserung des Beschwerdebildes verzeichnet ( Urk. 8/8/21 f. ; vgl. auch 8/8/5 ). Den Berichten von lic. phil. K.\_\_\_\_ lässt sich überdies

zumindest nicht in hinreichender Weise entnehmen, dass die therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der psychischen Leiden ausgeschöpft wurden und erfolglos blieben (vgl. Urk. 8/8/7, 8/20 und 8/60/171). Ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person lässt sich vor diesem Hintergrund somit ebenfalls nicht bejahen. Ebenso wenig ist ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens auszumachen. In diesem Zusammenhang hat die Beschwerdeführerin korrekt festgestellt, dass die Beschwerdeführerin einer Teilzeiterwerbstätigkeit nachgeht und ihren Hund versorgt, mit dem sie auch regelmässig spazieren geht (Urk. 3 S. 4). Überdies pflegt sie soziale Kontakte mit Freunden und ihrem Lebenspartner. Aus dem in der Beschwerdeschrift angeführten Umstand, dass sie ihr Haus habe aufgeben müssen, lässt sich nichts zu Gunsten der geltend gemachten sozialen Isolierung ableiten (Urk. 1 S. 10). Dies muss umso mehr gelten, als die Beschwerdeführerin im Einwand vom 18. Dezember 2013 ausführen liess, sie habe ihr Haus vermietet und sei zu ihrem Lebensgefährten nach P. \_\_\_ gezogen (Urk. 3/3 S. 4 = 8/102/4). Ebenso wenig sind die Ausführungen, wonach sie ihre Lieblingssportarten und ihre Hobbies wie das Lesen nicht mehr ausüben könne, nicht mehr in der Lage sei zu reisen, und auch die früher immer gepflegten Restaurant- oder Konzertbesuche nicht mehr wahrnehmen könne (Urk. 1 S. 10), geeignet, um einen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens auszuweisen. Ihren Angaben zufolge sind nebst den von der Beschwerdeführerin erwähnten Aktivitäten

noch Freizeitunternehmungen wie leichte Velofahrten möglich (Urk. 3 S. 4). Es liegt schliesslich auch kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“) vor. Die Beschwerdeführerin hat folglich zu Recht die Überwindbarkeit bejaht. Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung steht dieses Ergebnis auch nicht ansatzweise im Widerspruch zu den ärztlichen Abklärungen (Urk. 1 S. 9 f.); vielmehr wurden diese zutreffend rechtlich gewürdigt.

#### **E. 5.4**

Zusammenfassend ergibt sich somit, dass die Beschwerdeführerin zu Recht einen Leistungsanspruch verneint und das Rentenbegehren abgewiesen hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs P. Keller -  
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 Bundes  
gesetzes 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, zuzu  
stellen.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

## **E. 7**

November 2013 ( Urk. 8/95) stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht .  
Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben ( Urk. 8/99 und 8/102) . Mit Verfügung  
vom 19. Mai 2014 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch ( Urk. 2 = 8/105 ). 2.

Gegen die Verfügung vom 19. Mai 2014 liess die Versicherte mit Eingabe vom 19. Juni  
2014 ( Urk. 1) beim Verwaltungsgericht des Kantons D. \_\_\_\_

Beschwerde erheben. Ihr Rechtsvertreter beantragte im Wesentlichen, die angefochtene  
Verfügung sei aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente  
zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin  
(Urk. 1 S. 2). Die Beschwerde wurde ans Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
überwiesen ( Urk. 5) , wo sie am 1. Juli 2014 einging ( Urk. 1 S. 1).

Am 3. September 2014 schloss die Beschwerdegegnerin

auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 7). Davon hat die Gegenpartei mit Schreiben vom 8.  
September 2014 Kenntnis erhalten ( Urk. 9).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften und die neu eingereichten  
Unterlagen ( Urk. 3/4 bis 3/6) wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.  
Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich ist für die Beurteilung der  
angefochtenen Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle,  
vom 19. Mai 2014 zuständig (Art. 69 Abs. 1 lit . a des Bundesgesetzes über die  
Invalidenversicherung; IVG). 2. 2 .1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise  
Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des  
Sozialversicherungsrechts, ATSG ). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen,  
Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch  
Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und

nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.2

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

In BGE 139 V 547 hat das Bundesgericht an dieser Rechtsprechung unter Auseinandersetzung mit der daran geübten Kritik festgehalten und auf die besondere Bedeutung einer fachgerechten Abklärung hingewiesen (E. 9.1.3, E. 9.2.1). Ins besondere erkannte das Bundesgericht,

dass sich die unklaren Beschwerden hinsichtlich ihrer invalidisierenden Folgen von anderen (psychischen) Leiden durch die mangelnde Objektivierbarkeit unterscheiden. Dabei handelt es sich um ein sachliches Kriterium, das überprüft werden kann. Die hinreichende Objektivierbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird für Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen seit jeher vorausgesetzt und hat im Rahmen der 5. IV-Revision auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Von einer unbegründeten Schlechterstellung beziehungsweise einer Diskriminierung der betroffenen Versicherten in verfassungsmässigem Sinne beziehungsweise nach Massgabe der EMRK kann daher nicht gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_142/2013 vom 20. November 2013 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 5.6 in fine und E. 5.7).

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von

Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_10/2014 vom 20. August 2014 E. 3.3, SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), und Konversionsstörungen/dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit Hinweisen, 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) sowie bei Chronic

Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile des Bundesgerichts 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_136/2013 vom 16. Februar 2014 E. 4.1-2) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet, nicht hingegen, wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer Cancer-related

Fatigue stellt (BGE 139 V 346 E. 3 mit Hinweisen).

## 2.3

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 3.

## 3.1

Die Beschwerdegegnerin zog in der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2014 in Betracht, aufgrund der getroffenen medizinischen Abklärungen sei vom Vorliegen eines nicht organisch erklärbaren zervikovertebralen / zervikozephalen Syndroms bei Status nach Kopfkontusion mit Commotio cerebri am 12. Dezember 2006 sowie einer psychischen Komponente im Sinne einer Anpassungsstörung bei Fehlverarbeitung des Unfalles und einer fehlenden Anpassungsleistung an den jetzigen Zustand auszugehen. Hierbei handle es sich um ein pathogenetisch -ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare Grundlage, welches rechtsprechungsgemäss als überwindbar gelte und dessen ausnahmsweise Unüberwindbarkeit als Rechtsfrage mittels der sogenannten Foerster-Kriterien zu prüfen sei. Die Beschwerdegegnerin nahm eine entsprechende Prüfung vor und gelangte zum Schluss, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor, da die Überwindbarkeit gegeben sei (Urk. 2). 3.2

Demgegenüber lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, mit dem neuropsychologischen Fachgutachten der B.\_\_\_\_, welches lic. phil.

E.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und zertifizierter neuropsychologischer Gutachter SIM

am

8. November 2010 erstattete (Urk. 8/49), sei erstellt, dass objektivierte neuropsychologische Beschwerden mit Krankheitswert vorlägen, die ihre Leistungsfähigkeit einschränkten. Die Gesundheitseinschränkungen seien nicht überwindbar (Urk. 1 S. 6).

Neuropsychologische Einschränkungen seien Störungen im Verhalten, Wahrnehmen und Erleben, die auf Beschädigungen oder Verletzungen des Gehirns zurückzuführen seien. Sie würden auch als Hirnfunktionsstörung bezeichnet und seien bis auf wenige Grenzfälle somit hirnganorgisch verursacht. Im internationalen Klassifikationssystem für Krankheiten (ICD-10) handle es sich um eine Unterabteilung aus dem Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), nämlich um das Kapitel organische einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09). Diesbezüglich erkläre sich auch die Diagnose von lic.

phil. E.\_\_\_\_, die neuropsychologischen Beschwerden würden zusammen mit den anderen Diagnosen „Comotio cerebri und Distorsion der Halswirbelsäule am 12. Dezember 2006, anhaltende zervikale Schmerzproblematik und affektiv-depressive Stimmung“ bestehen (Urk. 1 S. 7 mit Hinweis auf 8/49/16). Diese Beschwerden seien objektiviert und selbstleistungsmindernd und bestünden neben den anderen genannten Beschwerden (Urk. 1 S. 7).

Richtigerweise hätte aus psychiatrischer Sicht ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2) diagnostiziert und dementsprechend von einem objektivierten invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgegangen werden müssen (Urk. 1 S. 7 und 8).

Die neuropsychologischen Beschwerden und auch die psychiatrischen Beschwerden, namentlich das organische Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2), seien invalidisierend und nicht mittels Foerster-Kriterien zu prüfen (Urk. 1 S. 8). Selbst wenn jedoch die Rechtsprechung für somatoforme

Schmerzstörungen zur Anwendung gelangen sollte, so wäre zu beachten, dass die Leiden unüberwindbar seien (Urk. 1 S. 8 ff.). 4. 4.1

Dem Austrittsbericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2007 (Urk. 8/8/42)

zufolge wurden nach dem Unfall vom 12. Dezember 2006 eine Comotio cerebri und eine Distorsion der Halswirbelsäule Grad I-II mit passagerer Hypästhesie des rechten Arms diagnostiziert. Computertomographische Untersuchungen des Schädels und der Halswirbelsäule sowie Funktionsaufnahmen der Halswirbelsäule zeigten unauffällige Resultate. Auch die Überwachung und Beurteilung nach der Glasgow-Koma-Skala (GCS) ergab keine Auffälligkeiten.

Die Patientin klagt über persistierende Schmerzen in der Halswirbelsäule, welche in den Kopf ausstrahlen. Die neurologische Symptomatik (Hypästhesie) im rechten Arm sei bis zum Austritt vollständig regrediert. Die Schmerzen sprächen gut auf Wärmeanwendungen

an. Aufgrund der unzureichend gesicherten häuslichen Situation und der noch benötigten intensiven Hilfestellungen und Therapie sei die Indikation zur stationären Weiterbehandlung gegeben. 4.2

Die Beschwerdeführerin wurde am 23. Dezember 2006 zur muskuloskelettalen Rehabilitation in die A.\_\_\_\_ überwiesen, wo sie sich bis zum 15. Februar 2007 stationär aufhielt. Dort wurden gemäss dem Bericht vom 19. Februar 2007 (Urk. 8/8/39 f.) die folgenden Diagnosen gestellt: 1.

Commotio cerebri und Distorsion der Halswirbelsäule Grad I-II mit passagerer Hypästhesie des rechten Armes nach Fall einer 23 Kilogramm schweren Papierrolle auf den Kopf am 12. Dezember 2006 mit/bei -

Röntgenkontrolle vom 29. Dezember 2006 und CT-Kontrolle vom 30. Dezember 2006: keine Frakturen -

MRI des Schädels vom 31. Januar 2007: kein Anhalt für vaskuläre oder strukturelle Veränderungen 2.

Status nach schwerer Lebenskrise nach Todesfällen im persönlichen Umfeld.

Überdies wurde ein deutlich protrahierter Rehabilitationsverlauf vermerkt und festgehalten, die gesteckten Rehabilitationsziele hätten nur teilweise erreicht werden können (Urk. 8/8/40).

Der nachbehandelnde Hausarzt wurde um Anpassung der analgetischen Medikation nach Massgabe der Beschwerden ersucht und es wurde die regelmässige Leukozytenkontrolle unter Novalgin empfohlen. Die Patientin sei zu ermuntern, den Halskragen weniger zu tragen. Zur weiteren psychischen Stabilisierung werde zur Fortführung der psychologischen Betreuung geraten (Urk. 8/8/41). 4.3

Am 24. April 2007 fand in der Klinik F.\_\_\_\_ eine magnetresonanztomographische Untersuchung des Schädels und der Halswirbelsäule unter Einsatz eines Kontrastmittels statt. Bezüglich des Schädels wurde ein unauffälliger Befund erhoben. Hinsichtlich der Halswirbelsäule wurde eine deutliche Streckhaltung C3-C7 und eine schmale flache Diskushernie C5/6 intra- bis extraforaminal rechts mit leichter Foraminalstenose, jedoch ohne Neurokompression festgestellt;

überdies eine diskrete Protrusion C5/6 und C6/7 dorsal-medial, ohne Neurokompression. Im Übrigen war das Resultat unauffällig. Es fanden sich insbesondere keine Zeichen einer zervikalen Myelopathie. Ferner wurde eine minimale linkskonvexe Skoliose vermerkt (Urk. 8/8/18 f.). 4.4

Am 11. Mai 2007 konsultierte die Beschwerdeführerin PD Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurochirurgie (Urk. 8/8/15 und 8/15/19). Dieser stellte einen Status nach Commotio cerebri vom 12. Dezember 2006 mit anhaltender zervikozephaler Beschwerdesymptomatik und anhaltender eingeschränkter Leistungsfähigkeit fest.

Eine Kombination von Physiotherapie, Osteopathie und Kraniosakraltherapie habe in den vergangenen Monaten leichtgradige Verbesserungen der geklagten Beschwerden bewirkt. Eine weiterführende spezifische neurologische, aber auch rehabilitationsspezifische Abklärung habe nicht stattgefunden. Fokalneurologische Ausfälle liessen sich in der klinischen Untersuchung nicht erheben. Allerdings fielen die schwergradig reduzierte

körperliche Belastungsfähigkeit und das Zittern der Patientin deutlich auf. Er überwies sie deshalb an Dr. med. H.\_\_\_\_, Chiropraktor SCG/ECU, zur weiterführenden Therapie (Urk. 8/8/14 f. und 8/15/19 f.). Dieser diagnostizierte am 31. Mai 2007 ein persistierendes traumatisches spondylogenes

Zervikalsyndrom mit zervikocephaler Symptomatik und vegetativer Mitbeteiligung (Hyperhidrose der Hände) bei ausgeprägten segmentalen Dysfunktionen der Halswirbelsäule und der Kopfgelenke (Urk. 8/15/17 f.). 4.5

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, untersuchte die Beschwerdeführerin am 16. Juli 2007. Dabei erhob er keine kooperationsunabhängigen pathologischen Befunde. Entsprechend zeigten auch weder die MRI-Aufnahmen der Halswirbelsäule noch diejenigen des Gehirns eine fassbare Kontusionsmarke. Er habe versucht, mit der Patientin zu besprechen, dass ihre Erschöpfbarkeit und fehlende Leistungsfähigkeit nicht auf eine nicht nachweisbare Contusio cerebri zurückzuführen seien, sondern Ausdruck der tiefen Verunsicherung durch das erlittene Trauma sein dürften, bei wahrscheinlich auch vorher schon erhöhter emotionaler Belastung durch den Verlust des Ehemannes. Entsprechend sei in seinen Augen für die Rehabilitation die Einschaltung eines psychiatrisch tätigen Kollegen zentral (Urk. 8/15/21 f.). 4.6

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, befragte und untersuchte die Beschwerdeführerin am 29. August 2007 (Urk. 8/8/25).

Er habe keine objektiv zu wertenden Hinweise auf eine organische Erkrankung des Nervensystems gefunden. Die ausgeprägte Funktionsstörung beim Gehen könne nicht mit einer Läsion des zentralen oder peripheren Funktionssystems erklärt werden. Dies lege die Annahme einer nicht organisch bedingten Funktionsstörung nahe. Mit einer Commotio cerebri liessen sich die aktuellen Funktionsausfälle nicht erklären. Die von Seiten der A.\_\_\_\_ angeführte mögliche Erklärung, es könnte sich um eine Reaktion auf die Todesfälle im persönlichen Umfeld handeln, befriedige insofern nicht ganz, als nach den letzten Todesfällen mehrere Jahre verstrichen seien, ohne dass die Beschwerdeführerin behindert gewesen wäre (Urk. 8/8/27 f.).

Er glaube nicht, dass weitere Untersuchungen hilfreich seien. Eine Therapie sei medikamentös höchstens für die angegebenen häufigen Kopfschmerzen denkbar und werde ja auch durchgeführt. Er habe versucht, die Patientin dahingehend zu motivieren, dass sie eine begrenzte berufliche Tätigkeit trotz der Beschwerden wahrnehme. Sofern dies nicht gelingen sollte, sei eine fachpsychiatrische Betreuung durch einen erfahrenen Psychotherapeuten zu erwägen (Urk. 8/8/28). 4.7

Aus dem Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 24. September 2007 (Urk. 8/8/21 f.)

geht hervor, dass er die Beschwerdeführerin seit dem 31. Mai 2007 mit neuromuskulären Reflextechniken, Softpower-Laser über der Halswirbelsäule und mit Kryotherapie (Heimanwendung durch die Patientin) behandle. Unterstützend hätten sich gezielte heilgymnastische Übungen für den Nacken-, Kopfgelenks- und Schulterbereich und die Verwendung eines ergonomischen Schlafkissens erwiesen. Zwischenzeitlich seien auch osteopathische Techniken (Craniosakraltherapie) und chiropraktische Techniken hinzugekommen. Aufgrund dieser Massnahmen sei bereits eine erfreulich gute subjektive und objektive Besserung des Beschwerdebildes eingetreten. 4.8

Ab dem 24. Januar 2008 wurde die Beschwerdeführerin auch psychotherapeutisch behandelt. Die behandelnde Therapeutin, lic. phil. K.\_\_\_\_, hielt in einem Bericht vom 19. Mai 2008 fest, dass die Beschwerdeführerin körperlich und seelisch noch stark unter den Folgen ihres Unfalles vom 12. Dezember 2006 leide. Einerseits sei sie stark beeinträchtigt durch ihre ständigen chronischen Schmerzen, die Einschränkungen des Bewegungsapparates, ihre massiv erhöhte Ermüdbarkeit und die daraus folgenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Es verletze und schmerze sie, die früher so erfolgreiche und vitale Künstlerin, Dozentin und Schulleiterin, dass sie heute kaum mehr länger als zwei Stunden arbeiten und zurzeit nicht kreativ tätig sein könne. Der Unfall habe sie seelisch auch deshalb so tief getroffen, weil sie sich zu diesem Zeitpunkt immer noch in der Trauerphase um ihren eineinhalb Jahre zuvor ganz unerwartet verstorbenen Ehemann befunden habe. Die psychotherapeutische Arbeit bestehe deshalb einerseits in der seelischen Verarbeitung des Unfall-Traumas und des Verlusts des Ehemannes sowie in der Suche nach geeigneten seelischen Coping-Strategien (Bewältigungsstrategien). Als Diagnose hielt lic. phil. K.\_\_\_\_ eine Reaktion auf schwere Belastung im Sinne von ICD-10: F43, nach schwerem Unfall, fest (Urk. 8/8/7). Ein weiterer Bericht vom 20. Oktober 2008 enthält im Wesentlichen gleichlautende Angaben (Urk. 8/60/171).

In der Folge erklärte sich lic. phil. K.\_\_\_\_ ausser Stande, den Fragebogen der IV-Stelle zu beantworten. Im Blickwinkel der Psychodiagnostik handle es sich bei der Beschwerdeführerin um eine psychisch gesunde Frau. Bei ihrer therapeutischen Arbeit gehe es vor allem um die Unterstützung zur seelischen Bewältigung des Unfalltraumas, das Betrauern des grossen Verlusts so vieler Lebensbereiche im Beruflichen und Privaten, eine Suche nach kleinen Erleichterungen im Alltag und neue Möglichkeiten, wieder auf irgendeine Art tätig zu sein (Urk. 8/20). 4.9

Zum Behandlungsverlauf führte Dr. H.\_\_\_\_ in einem weiteren Bericht vom 3. Juli 2008 an, dass sich die Beschwerdeführerin mittlerweile deutlich über eine Stunde körperlich betätigen könne, ohne dass sie stark zu schwitzen beginne, kalte Hände, kalte Füsse und Herzrasen bekomme. Bei der Erstkonsultation habe sie ihre körperliche Erschöpfbarkeit bereits nach etwa zehn Minuten erreicht. Aufgrund seiner Behandlung und der medikamentösen Betreuung von Dr. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin und Sportmedizin, habe sie eine deutliche Schmerzreduktion erfahren und sei auch deutlich belastungsfähiger (Urk. 8/8/5). Seiner Meinung nach sei der Endzustand der Besserung noch nicht erreicht (Urk. 8/8/6).

Am 25. August 2008 vermerkte Dr. H.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor über zervikozephalische Beschwerden, eine gewisse Lageunsicherheit und eine sehr rasche Erschöpfbarkeit klagt. Die Mobilität der Halswirbelsäule sei stark reduziert und dolent. Der Gesundheitszustand sei noch als besserungsfähig anzusehen, insbesondere in Anbetracht der bis dato gemachten Fortschritte (Urk. 8/11/1 f.). 4.

## **E. 10**

Dr. L.\_\_\_\_

führte in seinem Bericht vom 1. Oktober 2008 (Urk. 8/15) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Commotio cerebri und eine Halswirbelsäulendistorsion und den Status nach biographischer Krise und nach dem Tod des Ehemannes auf. Die diversen therapeutischen Massnahmen seien zum Teil erfolglos gewesen. Die Behandlung durch den Chiropraktor

Dr. H.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin als wohltuend empfunden. Es sei unklar, ob soziale Faktoren die Gesundheit und/oder die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. 4.1 1

Das interdisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2009 basiert auf rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen vom 10. November 2009 sowie den zur Verfügung gestellten und weiteren angeforderten Akten. Es enthält die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/37/33):

1.

Schwere Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) 2.

Chronisches cervikovertebrales / cervikozephalales Syndrom bei Status nach Kopfkontusion mit Commotio cerebri am 12. Dezember 2006 -

pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung in den rechten Arm -

inkonstante Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule -

myofasziale Befunde Nacken-/Schultergürtel rechtsbetont -

MRI der Halswirbelsäule vom April 2007: flache Diskushernie C5/6 rechts intra-/extraforaminal, keine neurale Kompression -

MRI des Schädels vom April 2007 unauffällig -

deutlich reduzierte psychophysische Belastbarkeit -

anamnestisch kognitive Defizite

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit waren die folgenden Diagnosen:

1.

Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) 2.

Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1); starkes Erfolgsstreben, Neigungen zu Zwanghaftigkeit und Genauigkeit.

Im rheumatologischen Fachgutachten wurde aufgeführt, aktuell stünden subjektiv weiterhin Kopfschmerzen und eine deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit mit rascher Erschöpfbarkeit im Vordergrund (Urk. 8/37/16).

In den aktuellen Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule stellten sich eine deutliche Streckhaltung und eine linkskonvexe Zervikalskoliose sowie beginnende degenerative Veränderungen C5/6 dar. Die MRI-Aufnahme der Halswirbelsäule vom April 2007 zeige zusätzlich eine flache foraminale Diskushernie C5/6 rechts ohne neurale Kompression. Die dargestellten strukturellen Veränderungen im Segment C5/6 lägen in der altersüblichen Norm. Es könnten keine posttraumatischen Veränderungen an der Halswirbelsäule nachgewiesen werden (Urk. 8/37/17).

Insgesamt ergebe sich aus rheumatologischer Sicht eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiven Beschwerden und den geklagten Funktionseinsparungen und der Eindrücklichkeit der objektivierbaren klinischen und radiomorphologischen Befunde. Klinisch zeigten sich vorwiegend myofasziale Befunde am Nacken und am Schultergürtel rechtsbetont. Die demonstrierte inkonstante Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule könne anhand der leichten monosegmentalen Degeneration C5/6 nicht nachvollzogen werden. Derzeit ergäben sich klinisch keine Hinweise auf eine

zervikoradikuläre Problematik. Die Schmerzausstrahlung in den rechten Arm sei zusammen mit der Ansatz tendinose am rechten Ellenbogen lateral als pseudoradikulär zu werten. Durch den erlittenen Unfall mit Kontusion des Kopfes und Commotio cerebri sei ein zervikales und zervikozepales Beschwerdebild ausgelöst worden, ohne dass an der Halswirbelsäule oder am Schädel radiomorphologisch relevante strukturelle posttraumatische Läsionen hätten nachgewiesen werden können. Es dürfte zu einer Mikrotraumatisierung der Halsweichteile gekommen sein. Solche mikro-läsionellen Gewebeerletzungen würden in der Regel innerhalb von Monaten bis Jahren ausheilen. Gemäss neuerer Literatur erscheine die Prognose von Nackenschmerzen multifaktoriell, wobei persönliche und Umgebungsfaktoren für die Verlaufsentwicklung und die Entstehung chronischer Nackenschmerzen eine entscheidende Rolle spielten. Hier seien die in den Akten mehrfach erwähnte vorbestehende erhöhte emotionale Belastung durch den Verlust des Ehemannes sowie eine ausgeprägte Leistungsorientierung zu nennen. Der Grad der geltend gemachten Leistungsbeeinträchtigung im Alltag und in der beruflichen Funktion könne aus rein rheumatologischer Sicht nicht im präsentierten Ausmass nachvollzogen werden. Zur Beurteilung der geklagten kognitiven Defizite und der deutlich verminderten Belastbarkeit sollte ergänzend eine neuropsychologische Beurteilung durchgeführt werden.

Aufgrund der am Bewegungsapparat erhobenen Befunde sollte sowohl die ursprüngliche als auch die seit 2007 ausgeübte angepasste Tätigkeit ganztags zumutbar sein. Da bei bestehender Einschränkung von 20 % aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs, es resultiere eine Endarbeitsfähigkeit von 80 %. Körperlich anstrengendere Tätigkeiten mit Heben von Lasten über 15 Kilogramm, wie bei Aufstellungsaufbauten notwendig, sollten vermieden werden. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne länger dauernde Arbeit über Kopf sei der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht zu 100 % zumutbar (Urk. 8/37/17).

Im psychiatrischen Fachgutachten wurde ausgeführt, dass das klinische Bild der Explorandin in klassischer Weise einem nach AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) als chronisch posttraumatisches Syndrom bezeichneten Beschwerdebild entspreche. Nach ICD-10 lasse das Beschwerdebild an ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma denken, jedoch sei die Voraussetzung einer Bewusstlosigkeit (Kriterium B von ICD-10: F07.2) nicht erfüllt, weshalb auf diese Diagnose zu verzichten sei. Es werde daher eine undifferenzierte Somatisierungsstörung mit komorbider Anpassungsstörung diagnostiziert. Die schwere Belastung sei durch den Unfall und die folgende Leistungseinbusse und auch den vorherigen Tod des Ehemannes und des Stiefvaters gegeben (Urk. 8/37/30 f.).

Bei der Explorandin liege nach eigenen Angaben aktuell ein Syndrom aus Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen, verringerter Belastbarkeit und Stresstoleranz, verschiedenen kognitiven Störungen wie Konzentrationsstörung und Gedächtnisstörung sowie emotionale Instabilität und Reizbarkeit unter Stress sowie Durchschlafstörung mit Früherwachen vor. Objektivere liessen sich in der groben Testung die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Da ein organisches Psychosyndrom auszuschliessen sei, sei das Beschwerdebild ätiologisch eher im Sinne einer Fehlverarbeitung des Unfalls und einer fehlenden Anpassungsleistung an den jetzigen Zustand bei gleichzeitiger Somatisierung zu erklären (Urk. 8/37/31).

Im Rahmen einer 2 ½-stündigen Exploration seien sicher e psychodynamische oder verhaltensmedizinische Erkenntnisse bezüglich dieser Fehlverarbeitung nicht möglich. Vorbestehende Persönlichkeitsfaktoren, mit hohem Perfektionismus und hohem Leistungsstreben, könnten aber zu einer Art Überkompensation von minimalen, zeitlich begrenzten, kognitiven Defiziten nach dem Unfall geführt haben. Diese Überkompensation erschöpfe die Explorandin dauerhaft und das Störungsbild sei so verstärkt und aufrechterhalten worden. Ebenfalls könnte n der Tod des Ehemannes und der Tod des Stiefvaters, beide starben etwa 2 ½ Jahre vor dem Unfall, im Zusammenspiel mit dem Unfall die Bewältigungsmöglich - keiten der Explorandin überfordert haben. Das Störungsbild wäre dann im Sinne einer dysfunktionalen Lösung zu sehen ( Urk. 8/37/31 f.)

Durch den beschriebenen Symptomkomplex, insbesondere die emotionale Labilität, Reizbarkeit unter Stress, die leichte Erschöpfbarkeit sowie die Schlafstörungen, sei die Explorandin aus psychiatrischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als international tätige Floristin und Raumgestalterin sowie Schulleiterin, bei der Eigenschaften wie Flexibilität, Zuverlässigkeit, Kreativität und Team fähigkeit in höchstem Masse erforderlich seien, zu maximal 50 % arbeitsfähig. Versuche die Explorandin, ihre Tätigkeiten auf ihr Kerngeschäft, die Leitung einer Schule, zu reduzieren, und die Schule entsprechend ihren Fähigkeiten im Sinne einer angepassten Tätigkeit umzustrukturieren, sei eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreichbar ( Urk. 8/37/32).

Es werde eine neuropsychologische Begutachtung empfohlen, um die kognitiven Defizite, die sich in der groben psychiatrischen Untersuchung objektivieren lies sen, spezifischer darzustellen. Dieses Gutachten hätte gegebenenfalls Auswirkung auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und die therapeutischen Empfehlungen ( Urk. 8/37/32).

Das neuropsychologische Fachgutachten des B. \_\_\_ vom 8. November 2010 (Urk. 8/49) beruht auf einer Untersuchung vom 30. Juli 2010, einer zweiten Untersuchung und den zur Verfügung gestellten Akten ( Urk. 8/49/3 und 8/49/13 ). Mit demselben wurde eine leichte bis mittelschwere neuropsychische Störung (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen) bei Comotio cerebri und Distorsion der Halswirbelsäule am 12. Dezember 2006, anhaltender zervikaler Schmerzsymptomatik und affektiv-depressiver Störung diagnostiziert.

Im Vordergrund der aktuellen neuropsychologischen Begutachtung stünden die deutlich ausgeprägte Ermüdung und verminderte Belastbarkeit. Aufgrund dessen sei die Untersuchung auf zwei Termine verteilt worden. Trotzdem hätten nicht alle Testaufgaben (TAP) durchgeführt werden können ( Urk. 8/49/17). Im Zusammenhang mit der TAP (Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung) wurde sodann vermerkt, dass der Finger stets relativ weit weg von der Taste gewesen sei und die Explorandin ihre Strategie diesbezüglich auch nicht auf Hinweis geändert habe ( Urk. 8/49/13).

Die erhobenen Befunde entsprächen einer leichten bis mittelschweren neuro - psychischen Störung. Auffallend sei der Umstand, dass die rechtshemisphärischen kognitiven Funktionen (visuell), die Explorandin sei Rechtshänderin, besser ausfielen als die linkshemisphärischen (sprachlich). Die Befunde seien wahrscheinlich erklärbar durch das Unfallereignis vom 12. Dezember 2006. Die passagere Hypästhesie des rechten Armes sei Hinweis auf eine wahrscheinlich akzentuierte Beteiligung der linken Hemisphäre, was mit der beschriebenen kognitiven Later alisation vereinbar sei. Die Bewusstlosigkeit und die persistierende Amnesie für das Unfallereignis seien Hinweis für eine hirnorganische

Beteiligung, auch wenn im MRI des Neurocraniums keine Auffälligkeiten hätten objektiviert werden können. Als weitere Ursache für die aktuellen kognitiven Defizite müsse das chronische Schmerzsyndrom in Betracht gezogen werden. Die Explorandin habe während der Untersuchung über Schmerzen geklagt. Weiter seien die kognitiven Defizite wahrscheinlich affektiv-depressiv bedingt (gemäss psychiatrischer Beurteilung schwere Anpassungsstörung, ICD-10: F43.2).

Aufgrund der objektivierten neuropsychologischen Befunde bestehe im angestammten Beruf als Geschäftsführerin und Lehrkraft, bezogen auf die frühere Tätigkeit, eine Arbeitsfähigkeit von 50 % . Die Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefizite sowie die Störungen der Exekutivfunktionen erwiesen sich in Arbeitssituationen mit erhöhter organisatorischer und planerischer Tätigkeit, die ein vermehrtes Mass an Flexibilität, Kreativität, Spontaneität und Arbeitsgeschwindigkeit erfordern, als deutlich leistungseinschränkend. Für eine Arbeitsleistung von 100 % , bezogen auf eine Arbeitszeit von 21 Wochenstunden und verteilt auf fünf Tage pro Woche, sei wahrscheinlich ein zeitlicher Mehrbedarf notwendig, bedingt durch die verminderte Belastbarkeit, die erhöhte Ermüdung und den vermehrten Pausenbedarf. In einer angepassten Arbeitssituation, in der sich die Beschwerdeführerin auf die Kerngeschäfte der Floristenschule beschränken könne, mit einer maximalen Flexibilität hinsichtlich der Arbeitszeiten, Pausen und des Arbeitstaktes, bestehe ein Arbeitsleistungsvermögen von 80 % ( Urk. 8/49/18).

Ferner wurde vermerkt, dass die Fahreignung kritisch hinterfragt werden müsse. Aufgrund der objektivierten Aufmerksamkeitsdefizite, insbesondere der deutlichen Verlangsamung , wäre die Fahreignung nicht mehr mit der notwendigen Sicherheit gegeben. Dies stehe im Widerspruch zu den eigenanamnestischen Angaben, dass die Fahreignung innerorts beschränkt und auf der Autobahn auch noch über längere Distanzen gegeben sei ( Urk. 8/49/18).

Bei der tridziplinären Konsensbesprechung vom 25. November 2010 ( Urk. 8/51) wurden die selben Diagnosen festgehalten wie im bidisziplinären Gutachten vom 31. Dezember 2009. Neu wurde eine leichte bis mittelschwere neuropsychische Störung (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen) vermerkt.

In der bis zum Unfallereignis vom 12. Dezember 2006 ausgeübten Berufstätigkeit als international tätige Floristin/Raumgestalterin sowie Schulleiterin, welche Eigenschaften wie Flexibilität, Kreativität, Zuverlässigkeit und Teamfähigkeit im höchsten Masse verlangten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von zeitlich 50 % , auf grund der neuropsychologischen Befunde bestehe hier jedoch eine zusätzliche leistungsmässige Einbusse, so dass die effektive Leistungsfähigkeit im angestammten Beruf 40 % betrage.

Versuche die Explorandin ihre Berufstätigkeit auf ihr Kerngeschäft, die Leitung der Floristenschule zu reduzieren und die Schule entsprechend ihren Fähigkeiten umzustrukturieren, wie sie das in den letzten zwei Jahren getan habe, sei eine Arbeitstätigkeit zeitlich zu 80 % zumutbar, dabei bestehe wegen der neuropsychologischen Befunde eine zusätzliche Leistungseinschränkung auf 80 % . Es bestehe somit eine Gesamtleistungsfähigkeit von 65 % . Eine Verweistätigkeit im Sinne einer gänzlich alternativen Tätigkeit komme aufgrund der verminderten Fähigkeit zum Neulernen und der mentalen Umstellungsfähigkeit gar nicht in Betracht ( Urk. 8/51/2). 5.

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