

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00854 vom 17. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00854

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00854 du 17 août 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00854 del 17 agosto 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditäts - grades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E.

2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht

eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zu spre chung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

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 Vor akten (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

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher

Herbert Schober , am 16. August 2016 Beschwerde mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei insoweit aufzuheben, als die zugesprochene Invalidenrente per 31. März 2014 befristet worden sei und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die geschuldeten Leistungen zu erbringen, insbesondere eine Rente auch ab April 2014, sodann Eingliederungsmassnahmen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie sodann um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Prozessführung und Rechtsve r tretung ; Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte am 21. September 2016 (Urk. 8) Abweisung der Beschwerde, was der Versicherten am 23. September 2016 (Urk. 12) zur Kenntnis gebracht wurde. Am 3. Januar 2017 (Urk. 16) orientierte Rechtsanwalt Volker Pribnow über den Tod von Fürsprecher Herbert Schober und wies sich als neuer Rechtsvertreter der Versicherten aus. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung damit, nach Ablauf der Warte zeit sei die Beschwerdeführerin vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen, weshalb ihr ab März 2010 eine ganze Invalidenrente zustehe. Aus den im Jahr 2012 erfolgten Observationen gehe hervor, dass bereits damals von einer massi ven Gesundheitsverbesserung ausgegangen werden könne. Aus medizinischer Sicht habe die Verbesserung anlässlich der polydisziplinären Untersuchungen im Zeitraum Januar bis März 2014 objektiviert werden können. Ab März 2014 sei ihr die Ausübung einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ganztags ohne Einschränkung möglich. Der auf dieser Grundlage durchgeführte Ein kommen s vergleich ergab einen Invaliditätsgrad von 34 % (Urk. 2) .

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin kritisierte die Gutachten der Dres. B.____ und D.____ sowie med. pract. C.____ in verschiedener Hinsicht (Urk. 1 S. 8 ff.) und erachtete die seitherige gesundheitliche Entwicklung als nicht vollständig bekannt. Bereits zufolge des Verlaufs könne nicht auf das Gutachten abgestellt werden, sei doch kurz nach dem Gutachten eine Subtalararthrose festgestellt worden (S. 7). 3. 3.1

Kreisärztin Dr. F.____ , Fachärztin für Chirurgie FMH, verwies in ihrem Bericht vom 6. Oktober 2011 (Urk. 9/76/95-108) über die Abschlussuntersuchung auf einen vorgelagerten

Unfall am 27. November 2007, bei welchem die Beschwerdeführerin von hinten von einem Personenwagen gerammt wurde. In der Folge litt sie unter Druckdolenz über der Halswirbelsäule (HWS). Ab 30. Juli 2008 bestand wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 1 f.).

Dr. F.____ schilderte sodann den dokumentierten gesundheitlichen Verlauf (S.

2

ff.) und ihre Untersuchungsbefunde (S.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da nach dem Unfall eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit längerdauernd ausgewiesen ist, ist die Zuspache einer ganzen Rente ab 1. März 2010 nicht zu beanstanden. Die nach der Abheilung der Beschwerden eingetretene Verbesserung wurde erst durch die Begutachtungen Anfang 2014 fassbar ausgewiesen. Die in der Folge thematisierten Operationen wurden – soweit ersichtlich – bis Verfügungserlass nicht durchgeführt. Allfällige weitere dauerhafte Einschränkungen sind indes – abgesehen vom Heilungsverlauf – auch nicht zu erwarten.

E. 6.2

Die letzte gutachterliche Untersuchung erfolgte am 11. März 2014 (Urk. 9/77/71), weshalb – wie die Beschwerdegegnerin ebenfalls schloss – die gesundheitliche Verbesserung ab diesem Zeitpunkt ausgewiesen ist. Eine Rentenaufhebung oder –anpassung ist indes nicht sofort möglich, sondern erst nach Ablauf der Drei monatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV, mithin per 1. Juli 2014.

E. 6.3

Der Einkommensvergleich (Urk. 2) blieb beschwerdeweise unbestritten (Urk. 1) und gibt zu keinen Bemerkungen Anlass, insbesondere erweist sich der gewährte Abzug vom Tabellenlohn von 10 % aufgrund der bloss noch eingeschränkten Einsetzbarkeit der Beschwerdeführerin im Rahmen des der Beschwerdegegnerin zustehenden Ermessens (vgl. hierzu BGE 137 V 71 E. 5.1).

E. 6.4

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdeführerin ab 1. März 2010 Anspruch auf eine ganze Rente, welche bei Verbesserung des Gesundheitszustandes bei einem Invaliditätsgrad von noch 34 % bis 1. Juli 2014 zu befristen ist. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 7. 7.1

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei auf ihr Gesuch hin eine unentgeltliche Rechtsvertretung bestellt, wenn sie nicht in der Lage ist, den Prozess selber zu führen, ihr die nötigen Mittel fehlen und der Prozess nicht als aussichtslos erscheint.

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuch stellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft

hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem auch, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt. 7.2

Die Beschwerdeführerin reichte zur Substantiierung ihres am 16. August 2016 gestellten Gesuches um unentgeltliche Rechtspflege (Urk. 1 S. 2) das ausgefüllte Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit vom 21. September 2016 (Urk. 14) ein. Daraus – wie auch aus den Schilderungen der Beschwerdeführerin den Ärzten gegenüber – ist ersichtlich, dass sie über eine Liegenschaft verfügt (S. 5). Diese in Las Palmas gelegene Ferienwohnung hat – nach Abzug der Schulden – einen Wert von Fr. 50'000.-- (Urk. 15/3/13 und Urk. 15/3/18-19). Bei diesen Verhältnissen ist eine Bedürftigkeit nicht ausgewiesen, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege abzuweisen ist. 8.

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 800. -- festzusetzen . Die Beschwerdeführerin obsiegt nur in einem derart geringen Teil, dass sich eine Kostenaufteilung nicht rechtfertigt, weshalb die Kosten ihr aufzuerlegen sind. Demgemäss steht ihr auch keine Prozessentschädigung zu. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung und unentgeltliche Prozessführung wird abgewiesen, und erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 6. Juli 2016 insofern abgeändert, als die Beschwerdeführerin vom 1. März 2010 bis 30. Juni 2014 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Der Beschwerdeführerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Volker Pribnow - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Gerichtschreiber Gräub Sonderegger

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. 9

ff.). Sie stellte die bekannte n Diagnose n (vgl. oben Sachverhalt 1.1) und verwies auf eine chronische Schmerz ent wicklung (S. 13). Sie führte sodann aus, die Beschwerdeführerin sei insgesamt sehr traurig, da sie immer noch Besch w erden habe und sich in letzter Zeit kein weiterer Fortschritt zeige. Sie habe Angst vor der Zukunft und wisse oft nicht, wie es weitergehen soll e . Sie träume immer noch regelmässig von dem Autounfall und könne selbst nicht fahren und auch nicht zu Bekannten ins Auto steigen. Insgesamt hoffe sie, dass sich die Situation noch etwas verbessere, vor allem wenn auch die Metallentfernung im Bereich des linken Oberschenkels erfolgt sei und dabei auch gleich die Muskellücke geschlossen werde.

Bei der aktuellen Untersuchung zeige sich aus somatischer unfallchirurgischer Sicht ein erfreulicher Heilungsverlauf. Es zeige sich eine endgradige Bewe gungs einschränkung im Bereich des linken Handgelenkes und ebenso in der Umwend bewegung, welche jedoch im alltäglichen Leben kaum ins Gewicht falle. Des Weiteren sei das Becken stabil, das linke Bein frei beweglich. Rechts zeige sich eine endgradige Bewegungseinschränkung im oberen/unteren Sprunggelenk nach Fersenbeinfraktur. In de r Gesamtschau habe sich die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht gut erholt. Auf der psychischen Ebene erscheine der Unfall noch nicht verarbeitet zu sein. Insgesamt mach e sie einen sehr traurigen , labilen Eindruck, weine mehrmals während der Anamneseerhebung.

Aus rein somatischer Sicht attestierte Dr. F.____ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit, wobei der sitzende Anteil etwa 50 % sein sollte und folgende Einschränkungen zu beachten seien: Kein dauerndes Gehen auf unebenem Gelände, kein dauerndes Treppen - steigen, keine Tätigkeiten auf Leiter und Gerüst, keine knienden oder kauernenden Tätigkeiten, maximale Gewichtsbelastung 15 kg körpernah und 7 kg körperfern, kein Bedienen von vibrierenden Maschinen mit der linken Hand. 3.2 3.2.1

In seinem neurologischen Gutachten vom 6. Februar 2014 (Urk. 9/77/155-180) führte Dr. D.____ aus, die Diagnose eines Schädelhirntraumas mit intrakranieller Blutung hochparietal links/parafalxial, neben einem Galeahämatom links („extra kraniale Blutung der Kopfschwarte“) und einer Nasenbeinfraktur links ziehe sich durch die Akten. Nach nochmaliger detaillierter Durchsicht der echtzeitlichen Doku mentation und zusätzlicher Anforderung der neuroradiologischen Befunde vom Unfalltag sei jedoch festzustellen, dass es sich bei der unreflektiert in den nachfolgenden Berichten übernommenen Diagnose einer link s seitigen „intra zere bralen“ Blutung eindeutig um einen Übertragungsfehler beziehungsweise eine Fehl interpretation im unfallchirurgischen Bericht des Universitätsspitals

G.____ handle. So werde in den neuroradiologischen Originalbefunden der Schädel-CT-Aufnahmen vom 2 4. März 2009 von einer im Rahmen von Artefakten fraglichen ödematösen Kontusion (ohne Einblutung) hochparietal-parafalxial links gesprochen, die sich jedoch auch nach eigener Bildbeurteilung in der später durchgeführten und aus sagefähigeren MRI nicht habe bestätigen lassen. Insbesondere zeigten sich dabei in

den hämosiderinsensitiven Sequenzen auch keinerlei subtilere Blutungsresiduen und es sei kein Kontusionsdefekt zur Darstellung gekommen. Im Ergebnis könne somit eine stattgehabte strukturelle Verletzung des Gehirns mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Aufgrund des initial dokumentierten Wertes auf der Glasgow Coma Scale (GCS) von 13, der erwähnten kurzen Bewusstlosigkeit und der bei der aktuellen Untersuchung ergänzten kurzen posttraumatischen Amnesie könne maximal von einer leichten traumatischen Hirnverletzung ausgegangen werden, die nach heutigem Kenntnisstand spätestens innerhalb eines Jahres vollständig ausheile (S. 20).

Im aktuellen klinischen Neurostatus hätten sich funktionell nicht relevante Oberflächensensibilitätsstörungen am linken radialen Unterarm gefunden, an der linken Flanke und am linken proximalen ventro-lateralen Oberschenkel, jeweils mit räumlichem Bezug zu ausgedehnten OP-Narben im Rahmen der chirurgischen Eingriffe. Diese schmerzlosen Befunde ohne Berührungsallopathie und ohne begleitende motorisch-funktionelle Beeinträchtigung in Form von Paresen seien versicherungsmedizinisch nicht relevant. Sie seien zwar theoretisch-topodiagnostisch im Rahmen benachbarter Narben als Hautnervenläsionen nachvollziehbar, hätten jedoch bei der ausführlichen elektrophysiologischen Untersuchung am Universitätsspital

G.____ nicht objektiviert werden können. Darüber hinaus sei einschränkend zu bemerken, dass diesbezügliche Sensibilitätsstörungen bei diversen Voruntersuchungen nie dokumentiert und jeweils unauffällige Befunde betreffend periphere Sensibilität und Motorik festgehalten worden seien. Früher erwähnte ulnare Sensibilitätsstörungen sowie solche an der Fusssohle und am lateralen Fussrand lägen aktuell nicht vor.

Bei der Beschwerdeführerin zeige sich aktuell ein im Wesentlichen unauffälliges Gangbild mit neurologisch nicht erklärbaren Unsicherheiten bei den erschwerten Gangarten. Die Durchsicht des Video-Observationsmaterials bestätige den Eindruck der Beobachter, auf welche die Beschwerdeführerin einen vitalen und nicht durch starke Schmerzen geplagten Eindruck gemacht habe, zumal sie in den Ferien auf Gran Canaria in der Lage gewesen sei, mit hochhackigen Stiefeln in einem Nachtclub zu tanzen und ihre Gehstützen nur unregelmässig und meist in der Schweiz benutzt habe. Besonders auffällig seien die Situationen, bei denen sie sich am Flughafen Zürich mit einem Rollstuhl ins Flugzeug habe transportieren und beim Rückflug wieder habe abholen lassen, wobei sie sich auf Gran Canaria ohne erkennbare Mobilitätseinschränkungen fortbewegt habe (S. 21 f.).

Dr. D.____ diagnostizierte eine leichte traumatische Hirnverletzung im Rahmen eines Polytraumas, neurologisch folgenlos ausgeheilt, sowie Sensibilitätsstörungen in Narbengebieten, funktionell nicht relevant (S. 22). 3.2.2

Med. pract. C.____ rekapitulierte in ihrem Gutachten vom 14. Mai 2014 (Urk. 9/77/102-154) die psychiatrische Krankengeschichte und verwies auf das Konsilium durch Dr.

H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zu Beginn des Aufenthaltes in der Rehaklinik I.____ im April 2009, wo der Verkehrsunfall mit schwerwiegenden, möglicherweise bleibenden Folgen im Rahmen einer „Anpassungsstörung mit ängstlich-depressiv gemischter Reaktion“ zur psychischen Destabilisierung geführt habe (S. 42). Seit September 2010 befinde sie sich in psychiatrischer Behandlung bei Dr. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, welche von einer „posttraumatischen Belastungsstörung“ und einer „chronifizierten Depression, initial schwer, aktuell mittelgradig“ sowie einer „chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ausgegangen sei

(vgl. Urk. 9/77/541-547) . Vom 20. Januar bis 5. April 2012 sei die Beschwerdeführerin stationär im Sanatorium K.____ behandelt worden. Als am 28. Februar 2013 das Observationsmaterial eröffnet worden und der Beschwerdeführerin mitgeteilt worden sei, dass die geschilderten Schmerzen nicht mit den gemachten Beobachtungen übereinstimmten und seitens des Haftpflichtversicherers keine Leistungen mehr erbracht würden, sei sie in eine Krise mit Suizidalität geraten und notfallmässig in die Psychiatrische Klinik L.____ eingewiesen worden (S. 44 f.).

Med. pract. C.____ führte weiter aus, im Rahmen der Begutachtung habe das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode nicht bestätigt werden können . Während der zwei- bis dreistündigen Explorationen sei kein Konzentrationsabfall feststellbar gewesen. Das strukturierte Interview zur Diagnose einer Major Depression sei abhängig von den subjektiven Angaben der Explorandin, Aggravation sei also nicht ausgeschlossen. Der erhobene psychopathologische Befund und der Tagesablauf sprächen aber gegen das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode. In Bezug auf die posttraumatische Belastungsstörung hätten die Symptome Intrusionen und Hyperarousal nicht (mehr) vorgelegen, beim Vermeidungsverhalten seien nur zwei (statt der notwendigen drei) «sehr oft» vorhanden gewesen. Es sei nur der erste Teil des A-Kriteriums (lebensbedrohlicher Unfall) und nur 50 % des zweiten Teils (subjektive Reaktion während der Trauma-Exposition) erfüllt gewesen. Die Diagnose könne nicht gestellt werden. Die behandelnde Psychiaterin habe bereits 2011 berichtet, dass sich die Symptome reduziert hätten. Die Diagnose Angst- und Panikstörung könne ebenso wenig nachvollzogen werden. Es ergäben sich bei der Begutachtung weder Hinweise auf Panik anfälle noch Hinweise auf eine generalisierte Angststörung. Allgemeine Ängste und Sorgen bezüglich der Gesundheit und der Zukunft seien im Rahmen einer noch immer vorhandenen Anpassungsproblematik zu betrachten. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren treffe den Sachverhalt noch am ehesten. Bei der Beschwerdeführerin könne allerdings von einer Aggravation und einer Symptomausweitung ausgegangen werden (S. 46 f.).

Die Gutachterin stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und nannte folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 40): -

Status nach Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt -

Status nach posttraumatischer Belastungsstörung, Symptomatik bereits seit 07/11 reduziert -

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren -

Störung durch Opiode, schädlicher Gebrauch -

spezifische Phobie beim Steuern eines Autos, seit dem Unfall nicht mehr möglich.

Sodann verwies sie auf verschiedene psychosoziale Faktoren: -

Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit -

Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände, nach Unfall -

Alleinleben (laufendes Scheidungsverfahren) -

Probleme in der Beziehung zum (Ehe)-Partner, laufende Scheidung 3.2.3

Dr. B.____ schilderte in ihrem Gutachten vom 27. Juni 2014 (Urk. 9/77/71-92) eine verminderte Belastbarkeit der unteren Extremitäten bei Status nach Beckenfrakturen mit Beteiligung rechts ISG mit operativer Versorgung, Status nach Oberschenkelfraktur links mit operativer Versorgung und Re-OP bei Pseudarthrose, Calcaneusfraktur rechts mit operativer Versorgung und konservativer Therapie einer Talusfraktur links. Die Röntgenaufnahmen zeigten keine Beteiligung benachbarter Gelenkstrukturen bis auf das rechte USG. Die Frakturen und ISG-Sprengung rechts seien konsolidiert. Weiter bestünden eine verminderte Belastbarkeit der linken oberen Extremität bei Status nach offener Unterarmfraktur mit operativer Versorgung sowie endphasige Einschränkungen der Pronation/Supination. Es lägen sodann eine Fehlstatik der Wirbelsäule, eine Haltungsinuffizienz, ein muskulärer Hartspann und eine verschmächtigte Rumpfmuskulatur vor. Die Funktionen der Wirbelsäule seien altersentsprechend ohne Angabe von Schmerzen, es bestehe kein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit, indes eine gering verkürzte Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen (S.

16 f.). Die aktuelle Untersuchung bestätige unauffällige Gelenkfunktionen der grossen/kleinen Gelenke der oberen/unteren Extremitäten und altersentsprechende Normalbefunde an der Wirbelsäule bis auf endphasige Einschränkungen in Pronation/Supination des linken Unterarmes und im USG rechts, schmerzhaft im Mittelfuss/Rückfuss. Radiologisch bestätigten sich Gelenkbeteiligungen im rechten USG und im linken Handgelenk ulnar (S. 18).

Aus orthopädischer Sicht und interdisziplinär sei ein volles Arbeitsvermögen ohne Einschränkungen der Leistungsfähigkeit für sitzende Tätigkeiten gegeben. Tätigkeiten in der Briefsortierung wie in der Anamnese angegeben (sitzend) sei auch heute im Umfang von acht Stunden pro Arbeitstag möglich. Die Reintegration in den Arbeitsprozess sollte nach langjähriger Dekonditionierung schrittweise erfolgen (S. 18). 4. 4.1

Vorwegzuschicken ist, dass die Expertisen der Gutachter D.____, C.____ und B.____ den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entsprechen. So sind sie für die streitigen Belange umfassend, geben sie doch Auskunft über die relevanten Pathologien und die Auswirkungen auf die verbleibende Arbeitsfähigkeit. Die Gutachten beruhen sodann auf den notwendigen Untersuchungen und berücksichtigen die geklagten Beschwerden, welche denn auch Gegenstand der Untersuchungen bildeten. Die Expertisen wurden in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben, wobei den Vorberichten massgebliche Anhaltspunkte für die Erhebung der Anamnese entnommen wurden. Die Gutachten leuchten sodann in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen erscheinen als begründet.

In diesem Sinne untermauerte Dr. D.____ seine Einschätzung einer folgenlosen Ausheilung einer leichten traumatischen Hirnverletzung sowie von funktionell irrelevanten Sensibilitätsstörungen in Narbengebieten mit einer überzeugenden Interpretation der echtzeitlichen Dokumentation (samt Schädel-CT-Aufnahmen) nach dem Unfall, seinen detailliert erhobenen Untersuchungsbefunden sowie den im Universitätsspital

G.____ getätigten Erhebungen. Diese liessen allesamt nicht auf eine bleibende, die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Pathologie schliessen.

Die Psychiaterin med. pract. C.____ stützte sich bei ihrer Einschätzung, wonach keine relevante psychische Pathologie vorliegt, ebenfalls massgeblich auf ihre eigenen

Untersuchungsbefunde ab, welche wohl gewisse Auffälligkeiten zeigten, indes nicht im Ausmass einer erheblichen psychischen Erkrankung. Sie setzte sich denn auch detailliert mit den Angaben der behandelnden Psychiaterin auseinander und legte in nachvollziehbarer Weise eine Besserung der nach dem Unfall bestehenden Symptomatik dar.

Auch Dr. B.____ begründete die Einschätzung einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in sitzender Tätigkeit unter Verweis auf ihre wenig eindrücklichen Untersuchungsergebnisse sowie die bildgebenden Untersuchungsergebnisse vorbehandelnder Ärzte, worauf im Wesentlichen die Konsolidierung der Frakturen dokumentiert war. 4.2 4.2.1

Die Beschwerdeführerin bemängelte die Gutachten vorweg, da sie nicht nach dem Zufallsprinzip eingeholt worden seien (Urk. 1 S. 4 Ziff. 5). Hierzu ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin keine anfechtbare Verfügung betreffend Gutachten stellte verlangte und sich der Begutachtung widerspruchslos unterzog. Die entsprechende Rüge erweist sich demgemäss als verspätet. Zudem handelt es sich um ein von der Unfallversicherung eingeholtes Gutachten, wobei sich die Modalitäten grundsätzlich nach den für die Invalidenversicherung geltenden Massstäben richten (BGE 138 V 318), indes gesetzlich kein zufallbasiertes Vergabesystem vorgesehen ist.

Soweit die Beschwerdeführerin eine Befangenheit von Dr. D.____ (Urk. 1 S. 4 Ziff. 5) geltend machen will, ist eine solche nicht erkennbar. Dass er „gemäss unserer Erfahrung immer zum gleichen Schluss kommt, dass die Suva nämlich nicht leistungspflichtig sei“, ist für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache nicht von Relevanz. Im Gegenteil legte Dr. D.____ die medizinischen Zusammenhänge in nachvollziehbarer Weise dar. Anzumerken bleibt, dass ohnehin die funktionellen Auswirkungen einer allfälligen Pathologie relevant sind und diese nachvollziehbar erhoben wurden.

Dass keine Konsensbesprechung der beteiligten Gutachter stattgefunden hat (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 7), ist in der Tat ein Mangel der Expertisen. Indessen ist nicht erkennbar, welche weitergehenden Schlüsse vorliegend zu erwarten gewesen wären. Die Pathologien lassen sich im Wesentlichen in die drei Kategorien Neurologie, Orthopädie sowie Psychiatrie einteilen und die Experten nannten je in ihrem Fachbereich keine Reflexwirkung zu anderen Gebieten.

Zur thematisierten Observation (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 9) ist zu bemerken, dass die Gutachter die Ergebnisse für ihre Einschätzung gar nicht heranzogen, sondern vielmehr aufgrund ihrer medizinischen Untersuchungen zu den entsprechenden Schlüssen kamen. Auf die Bilder nahmen sie lediglich Bezug zur Verifizierung des aus medizinischer Sicht Dargelegten. 4.2.2

In medizinischer Hinsicht bemängelte die Beschwerdeführerin, dass Dr. B.____ die Unmöglichkeit des Hüpfens im Einbeinstand weder analysiert noch berücksichtigt habe. Die Subtalararthrose hätte dies leicht erklärt, worauf namentlich der behandelnde Dr. M.____, Innere Medizin FMH, hingewiesen habe (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 12-13).

Dr. M.____ berichtete am 22. April 2016 (Urk. 3) von der Entwicklung einer nun chronifizierten posttraumatischen Schmerzsymptomatik des Beckengürtels und des linken Beines sowie einer progredienten Instabilität an beiden Sprunggelenken mit nun progredienter Subtalararthrose rechts mit Anschlussbeschwerden und im Vorfussbereich rechts. Er empfahl eine Arthrodesen des rechten Subtalargelenkes (Ziff. 3).

Dr. B.____ hatte in ihrem Gutachten zwei Jahre vor dieser Berichterstattung die posttraumatische USG-Arthrose berücksichtigt, welche im Universitätsspital

G.____ festgestellt worden war mit Angabe persistierender Schmerzen (Urk. 9/77/75 oben). Dies führte denn auch – nebst den eigenen Untersuchungsergebnissen – zur Diagnosestellung mitsamt Erwähnung der Calcaneusfraktur rechts mit operativer Versorgung und konservativer Therapie einer Talusfraktur links (Urk. 9/77/87). Sie bestätigte Gelenkbeteiligungen unter anderem im rechten USG und nahm dies zum Anlass, lediglich eine sitzende Tätigkeit als vollzeitlich zumutbar zu beschreiben (Urk. 9/77/89).

Weshalb bei dieser Ausgangslage eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nur noch zu 50 % möglich sein sollte, erklärte Dr. M.____ nicht (Urk. 3 Ziff. 11.6). Allenfalls schloss er aufgrund der von ihm als erste Diagnose erwähnten Schmerzsymptomatik (Urk. 3 Ziff. 7) auf dieses Ergebnis, welches sich mit der bildgebend darstellbaren Pathologie nicht in Einklang bringen lässt. 4.2.3

Die Beschwerdeführerin kritisierte sodann die Einschätzung Dr. D.____s im Rahmen der leichten traumatischen Hirnverletzung, indes ohne darzulegen, von welchen Schlüssen auszugehen wäre (Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 15). Dass Dr. D.____ von einem GCS von 13 statt 12 ausging, ist insofern von untergeordneter Bedeutung, als er die fragliche Diagnose selbst stellte und nach der Rechtsprechung ein GCS von höchstens 12 vorliegen darf, damit sich die Diagnosestellung überhaupt rechtfertigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_210/2007 vom 15. Mai 2008 E. 7.2 mit Hinweisen). Relevant sind vielmehr die klinischen Auswirkungen dieser erlittenen Verletzung.

Der Verweis der Beschwerdeführerin auf neuropsychologischen Abklärungsbedarf (Urk. 1 S. 11 Ziff. 16) erübrigt sich insoweit, als eine solche – wie auch der Gutachter konstatierte (Urk. 9/77/162) - bereits im Jahr 2011 stattgefunden hatte und lediglich überwiegend depressionsassoziierte leichte, multifaktoriell bedingte modalitätsunabhängige/unspezifische neuropsychologische Defizite festgestellt worden waren (vgl. Bericht von Dr. N.____, FMH Neurologie, vom 9. Mai 2011, Urk. 10/1/53-55). Im Rahmen der Begutachtung zeigten sich keine einschlägigen Befunde mehr.

Inwieweit die Geruchsstörung (Urk. 1 S. 11 Ziff. 17) von Bedeutung sein sollte, ist nicht ersichtlich. Auch wenn gutachterlicherseits eine ORL-Abklärung empfohlen wurde (Urk. 9/77/175), ist nicht erkennbar, welche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer in Frage kommenden Tätigkeit daraus resultieren sollten. 4.2.4

Auch in psychiatrischer Hinsicht kritisierte die Beschwerdeführerin die gutachterlichen Feststellungen (Urk. 1 S. 12 ff. Ziff. 19 ff.). Hierzu ist festzuhalten, dass eine Auseinandersetzung mit den Ausführungen der behandelnden Dr. J.____ (vgl. Bericht vom 21. November 2012, Urk. 9/77/541-547) stattfand (Urk. 9/77/146 ff.) und eine Verbesserung der Befunde konstatiert wurde. In Bezug auf die von der Beschwerdeführerin genannten Kritikpunkte der behandelnden Psychiaterin (Urk. 1 S. 15 ff. Ziff. 25.2) ist zu bemerken, dass sich diese hauptsächlich auf die organische Problematik beziehen. Die Kritik am psychiatrischen Gutachten (Urk. 1 S. 17 f.) erschöpft sich im Wesentlichen in allgemeinen Vorhalten. Die Diagnosestellung erfolgte in begründeter Weise, beispielsweise weshalb eine Depression trotz abweichender Ergebnisse im strukturierten Interview nicht diagnostiziert wurde. 4.3

Damit ist der Sachverhalt grundsätzlich als in dem Sinne erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführerin eine sitzende Tätigkeit ganztäglich zumutbar ist. 5. 5.1

Wäre gleichwohl davon auszugehen, dass den im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung erhobenen Diagnosen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukäme, ergäbe sich Folgendes. 5.2 5.2.1

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

Die Anerkennung eines rentenbegünstigenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 5.2.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 5.3

Vorwegzuschicken ist, dass angesichts der verschiedentlich festgestellten Aggravation vorweg dieses Ausschlusskriterium zu beleuchten wäre (Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4). Die aktenkundigen Auffälligkeiten gehen zum Teil in der Tat über eine blosser Verdeutlichung hinaus. Wie es sich damit verhält, kann angesichts des nachfolgend Auszuführenden indes offen bleiben. 5.4 5.4.1

Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ergibt sich, dass sich diese vorweg im Schmerzempfinden sowie in einer Angst und depressiven Reaktion gemischt erschöpfen. Die Beschwerdeführerin klagt wohl über „vielerlei Schmerzen“, wobei diese im Sitzen deutlich geringer sind. Die Schmerzen in der Ferse sind ebenfalls belastungsabhängig. Die aus der ständigen Vorsicht im Umgang mit den Schmerzen folgende psychische Belastung gründet darauf, dass sich die Beschwerdeführerin noch nicht mit ihrem jetzigen Gesundheitszustand abgefunden hat. Indessen liegen erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren vor (vgl. dazu E. 3.2.2 hievor), welche rechtlich keine Invalidität zu begründen vermögen und massgeblich das psychopathologische Bild prägen (Urk. 9/77/142 ff.). In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Indikator der diagnostisch relevanten Befunde damit als höchstens mässiggradig ausgeprägt. 5.4.2

In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – rezidivität ist eine Verbesserung der Verhältnisse festzustellen. Nach ihrem gravierenden Verkehrsunfall musste die Beschwerdeführerin mehrfach operiert werden und hatte eine lange Heilungsphase zu erstein. In psychischer Hinsicht wurde unter anderem von einer posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen, welche sich indes schon bald zurückbildete (Urk. 9/77/145). Die Beschwerdeführerin stand seit September 2010 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. J. ___ (Urk. 9/77/145). Eine Verschlechterung ergab sich im Rahmen der Eröffnung des Observationsmaterials, in deren Folge die Beschwerdeführerin in eine Krise mit Suizidalität geriet. Anlässlich der Begutachtung zeigten sich dann wieder leichtere psychiatrische Befunde (Urk. 9/77/126 f.). Damit ist ein massgeblicher Behandlungserfolg ausgewiesen, die Schmerzsymptomatik konnte jedoch nicht vollends bekämpft werden. 5.4.3

Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (vorgenannter BGE 143 V 418 E. 8.1). Die Beschwerdeführerin leidet unter mannigfaltigen Beschwerden, welche auf das Unfallereignis zurückzuführen sind. Allerdings zeigte sich eine Heilung der organischen Pathologie und es verblieben lediglich Restbeschwerden, welche sich allerdings spürbar im Alltag und im Rahmen des noch zumutbaren Stellenprofils auswirken. Dies namentlich in Bezug auf die Fussproblematik. 5.4.4

Bei den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Die Beschwerdeführerin ist mehrfach geschieden und hatte zuletzt verschiedene Freunde. Sie lebt allein, hat aber Kontakt zu verschiedenen Personen. So zu ihrem Ex-Freund, welcher sie monatlich beim Besorgen schwerer Gegenstände unterstützt, sowie zu ihrer Schwägerin in Gran Canaria, mit der sie häufig chattet. Sie hat zudem zwei erwachsene Kinder (Urk. 9/77/132 ff.). Sie lebt teils in der Schweiz und teils in ihrer Eigentumswohnung in Gran Canaria. Die Schwägerin und die Tochter helfen ihr im Haushalt, wenn sie in Gran Canaria ist (Urk. 9/77/519). Sie hat demnach an beiden Aufenthaltsorten soziale Kontakte und offenbar ein gutes Einvernehmen mit den Bezugspersonen. Der Lebenskontext enthält damit gewisse bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkenden Faktoren. 5.4.5

In der Kategorie „Konsistenz“ zielt der Indikator „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das

Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Der Tagesablauf der Beschwerdeführerin gestaltet sich im Wesentlichen unauffällig. So steht sie zwischen 10 und 12 Uhr auf, nimmt Medikamente ein und verpflegt sich und duscht. Bei starken Schmerzen liest sie im Internet die Zeitung, macht das Bett, lüftet das Zimmer und spült das Geschirr. Dann plant sie das Abendessen: Fleisch, Fisch, Braten, Salat. Bei weniger Schmerzen erledigt sie verschiedene Dinge, Administratives, Haushaltstätigkeiten, Boden putzen. Alle drei bis vier Tage geht sie zu Fuss einkaufen. Bei schweren Sachen hilft der Ex-Freund. Sodann geht sie spazieren, dies zwischen einer und eineinhalb Stunden (Urk. 9/77/519). Am Nachmittag schaut sie TV, strickt und hört Musik. Gegen Abend kocht sie und isst. Nach erneutem TV schauen, SMS anschauen und Einblick ins Facebook geht sie zwischen 23 und 24 Uhr zu Bett.

Wenn sie in Gran Canaria lebt, sitzt sie zudem auf dem Balkon und geht zum 700 m entfernten Strand, in den Supermarkt, manchmal ins Restaurant und zum Tanzen. Sie ist dort weniger traurig und hat weniger Schmerzen, wohl weil es weniger kalt ist (Urk. 9/77/134 f.).

Angesichts dieser Schilderungen sind gewisse Einschränkungen im Alltag zu erkennen, indessen nicht in sitzender Position, welche für die Beschwerdeführerin noch in Frage kommt. 5.4.6

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und e in gliederungsanamnestisch aus gewiesener Leidensdruck“ weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und E in gliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) E in gliederung. In konsistentes Verhalten ist auch hier e in

In die dafür, die geltend gemachte E in schränkung sei anders begründet als durch e in e versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Die Beschwerdeführerin wurde bereits nach dem Unfall psychiatrisch begleitet, dies im Rahmen des Aufenthaltes in der Rehaklinik I.____ und hernach im Rahmen des Reha-Aufenthaltes in der Höhenklinik O.____ im Jahr 2009. Weitere Untersuchungen fanden im Universitätsspital

G.____ (Sprechstunde für Belastungsreaktionen) statt, worauf Gespräche mit einem spanisch sprechenden Arzt durchgeführt wurden. Seit September 2010 ist sie bei Dr. J.____ in psychiatrischer Behandlung. Sodann fand 2012 eine stationäre Behandlung im Sanatorium K.____ wegen Schlafstörungen und 2013 eine Behandlung in der Klinik L.____ (im Anschluss an die Dekompensation nach Vorlage der Observationsergebnisse) statt (Urk. 9/77/143 ff.).

Damit sind gewisse Therapiebemühungen ersichtlich. Ein konsequentes Angehen der Problematik mit abweichendem Ansatz ist indes nicht ausgewiesen. So findet sich keine stationäre Therapie zur Behandlung der psychischen Problematik (ausser im Rahmen der

situativen Exazerbationen). Bei Aufenthalt in Gran Canaria findet die Therapie offenbar auch nicht statt, weshalb der Leidensdruck nicht übermässig erscheint. 5.4.7

Bei gesamthafter Betrachtung der Indikatoren ist eine massgebende Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich. Wohl sprechen einige Indikatoren für eine Einschränkung, die Betätigungen der Beschwerdeführerin lassen aber auf die Richtigkeit des Stellenprofils und nicht auf eine massgebende Arbeitsunfähigkeit schliessen, sind ihr doch sitzende Tätigkeiten ohne Weiteres auch während längerer Dauer möglich und erschöpft sich die – auch im Privatleben gezeigte Problematik – hauptsächlich in Schwierigkeiten bei Belastungen des Fusses. Dies ist in einer sitzenden Tätigkeit aber nicht ausschlagend. 6.

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