

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00582 vom 19. August 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-08-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00582

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00582 du 19 août 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00582 del 19 agosto 2021

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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.4

Aufgrund der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs (Art. 8 ATSG) in der Invaliden- und Unfallversicherung hat die Schätzung der Invalidität mit Bezug auf den gleichen Gesundheitsschaden in beiden Bereichen prinzipiell denselben Invaliditätsgrad zu ergeben, soweit nicht die unterschiedliche gesetzliche Regelung oder Rechtspraxis in den einzelnen Versicherungszweigen zu einer abweichenden Invaliditätsbemessung führen. Bereits abgeschlossene Invaliditätsfestlegungen sind mitzuberücksichtigen. Es besteht jedoch keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Versicherers für den jeweils anderen Sozialversicherungszweig (Urteil des Bundesgerichts 8C_543/2011 vom 25. August 2011 E. 3 mit Hinweisen auf BGE 133 V 549 E. 6, 119 V 468 E. 2b).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

UV170530 Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Einschätzungen 08.2018 Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass der medizinische Untersuchungsbericht der Unfallversicherung ergeben habe, dass die Beschwerdeführerin aus orthopädischer und unfallchirurgischer Sicht bereits seit 1. Juni 2015 wieder voll arbeitsfähig sei. Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht sei keine Diagnose vorhanden, welche die Arbeitsfähigkeit einschränke (S. 1 f.). Lediglich die Schlafstörungen seien unfallfremd und von der IV-Stelle zu berücksichtigen. Der

Beschwerdeführerin sei ihre Tätigkeit somit vor Ablauf des gesetzlichen Wartejahrs voll zumutbar gewesen. Aus diesem Grund bestehe kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (S. 2). 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde geltend, dass sie ab dem Unfalltag vom 1. August 2014 aufgrund der schweren Unfallverletzungen in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Entgegen der Beschwerdegegnerin sei indes aufgrund der Akten nicht erstellt, dass sie vor Ablauf des gesetzlichen Wartejahrs in ihrer angestammten Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig gewesen sei. Namentlich berufe sich die Beschwerdegegnerin zu Unrecht auf das Gutachten der Rehaklinik C.____ vom 6. Juni 2018, wo die Gutachter ausdrücklich bestätigt hätten, dass sie nicht in der Lage seien, retrospektiv zum Grad der Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen (S. 7). Die Beschwerdegegnerin habe zudem auf Ergänzungsfragen an die Gutachter verzichtet und sei entsprechend nicht berechtigt, die Erkenntnisse der Gutachter einfach zu übergehen. Wenn die Fachärzte den Zeitpunkt der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nicht festlegen könnten, könne dies auch der RAD-Arzt nicht, da er als Facharzt für Chirurgie nicht über die erforderliche Ausbildung verfüge, um zur Arbeitsfähigkeit aus neurologischer und psychiatrischer Sicht Stellung zu nehmen (S. 8). Gestützt auf die Akten- und Sachlage sei somit eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vom 1. August 2014 bis 16. November 2014, eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit ab 17. November 2014 bis 31. August 2016 sowie eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 1. September 2016 bis 6. Dezember 2017 erstellt. Diese Feststellung werde dadurch bestätigt und bestärkt, dass die AXA in diesen Zeitperioden das Taggeld auf der Basis dieser Arbeitsunfähigkeiten ausbezahlt habe (S.

E. 4

. Februar

2015 auch bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 8/3).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog die Akten der AXA Winterthur AG bei (Urk. 8/10, Urk. 8/36, Urk. 8/46-47, Urk. 8/48, Urk. 8/58, Urk. 8/67, Urk. 8/71, Urk. 8/73). Am 31. März

2016 (Urk. 8/33) teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien.

Nach weiteren Abklärungen, Eingang des durch den Unfallversicherer veranlassten Gutachtens und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/75, Urk. 8/80) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom

E. 4.8

4.8.1

Die zuständigen Fachärzte der Rehaklinik C.____, Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemein- und Unfallchirurgie, lic. phil. N.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie O.____

erstellten am 6. Juni 2018 ein interdisziplinäres Gutachten (Urk. 8/71). In der neurologischen Beurteilung wurde zusammengefasst dargelegt, dass bei der

Beschwerdeführerin mit den vorliegenden objektivierbaren organischen Unfallfolgen keine Leistungs minderungen auf körperlichem oder geistigem (intellektuellem) Gebiet begründet werden könnten, welche das Ausmass einer namhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in angepassten Tätigkeiten annehmen würden. Unter Berücksichtigung der früheren und der aktuellen medizinischen Bildgebungen, der Elektroenzephalographie, der Laborbefunde und der neuropsychologischen Untersuchungsbefunde während der stationären Begutachtungen seien zusätzliche wahrscheinlich krankheitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen aus neurologischer Sicht beschrieben. So sei aus neurologischer Sicht die auswärtige Diagnose eines (wahrscheinlich krankheitsbedingten) «mehrphasischen Schlafmusters» zu bestätigen. Dies könne, falls die Beschwerdeführerin die Empfehlungen zur Schlafhygiene nicht einhalte, zu einem oft nicht erholsamen Schlaf führen (S. 2).

Auf orthopädisch-somatischem Fachgebiet würden zusammengefasst weder Beschwerden noch Funktionseinschränkungen vorliegen. Somit gebe es auch keine funktionellen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als selbständige Case Managerin/Schadensberaterin könne problemlos ganztägig ohne Einschränkungen weiterhin durchgeführt werden. Auch andere berufliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes seien ihr ganztägig ohne Einschränkungen zumutbar (S. 2).

Die Resultate und Beobachtungen in der standardisierten ergotherapeutischen Befunderhebung hätten sich an den drei Untersuchungstagen konsistent gezeigt. Die subjektiven Beschwerden (Müdigkeit und kognitive Minderleistungen) oder Minderleistungen aufgrund einer «Blockade» hätten in den ergotherapeutischen Abklärungen nicht beobachtet werden können. Ausser einem verlangsamten Arbeitstempo hätten auch keine der subjektiven Beschwerden beobachtet werden können. Zusätzlich sei eine leicht erschwerte Kommunikation aufgefallen. Bei leichten bis mittelschweren kognitiven Aufgaben habe über drei Stunden eine Leistungsfähigkeit festgestellt werden können und es könne von einer höheren verwertbaren Leistung ausgegangen werden (S. 2 f.).

Aufgrund der von neuropsychologischer Seite durchgeführten Tests, mit zumeist unauffälligen Leistungen, könne keine erhebliche Einschränkung einer beruflichen Funktionsfähigkeit abgeleitet werden. Es sei möglich, dass bei Tätigkeiten mit sehr hohen kognitiven Anforderungen an die sprachlichen Funktionen die Leistungsfähigkeit leicht eingeschränkt sein könne (S. 3).

In den fachärztlich-psychiatrischen Explorationen hätten keine krankheitswertigen psychischen Störungen diagnostiziert werden können. Die Folgen des Schädel-Hirn-Traumas hätten temporär zu schweren ausgeprägten kognitiven Defiziten im Rahmen eines sogenannten organischen Psychosyndroms gemäss ICD-10 F07.2 geführt. Die kognitiven Defizite hätten seit März 2015 nicht mehr objektiviert werden können, so dass diese psychiatrische Störung zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Rolle mehr spiele. Eine nach dem Unfall des Jahres

2014 beschriebene Anpassungsstörung bzw. in den Berichten dokumentierte posttraumatische Belastungsstörung oder depressive Störung habe zum Begutachtungszeitpunkt klinisch nicht (mehr) vorgelegen. Auch wenn sie vorgelegen haben sollten, seien diese nicht dauerhaft gewesen und würden auch in der Wahrnehmung der Beschwerdeführerin keine Rolle spielen. Aufgrund der durchgeführten Laboranalyse würden sich zumindest in den Wochen vor der Begutachtung im Dezember 2017 und aufgrund der anamnestischen

Angaben zum Zeitpunkt der Abklärung im Zentrum für Schlafmedizin J.____ ein erhöhter Alkoholkonsum als Quelle bzw. Teilfaktor der beklagten Durchschlafstörungen neben einer ebenfalls möglicherweise vorliegenden ineffektiven Schlafhygiene/Schlafwahrnehmungsstörung nicht ausschliessen lassen. Zusammenfassend sei auf dem Gebiet der Psychiatrie keine gravierende unfallkausale Gesundheitsstörung und/oder psychische Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die angestammte oder eine angepasste Tätigkeit festzustellen (S. 3).

Die Experten führten nach interdisziplinärer Besprechung schliesslich folgende Diagnosen auf (S. 3 f.): - Velo-Unfall am 1. August 2014 mit: - Dislozierter, dorsolateraler Rippenserien-Fraktur links Costae IV-X (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Ausgeprägtem Hämatothorax links (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Hämatom/ Serom des proximalen lateralen Oberschenkels links (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Schädel-Hirn-Trauma (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit): - EDH fronto-temporal links; Contre-coup-Kontusionsblutung temporopolar rechts; fronto-basale Hirnschädigungen; Kalottenfraktur parietal links; Schädelbasis-Fraktur links mit Einstrahlung in den Sinus

sphenoidalis und den Canalis

caroticus links; Fraktur des Arcus zygomaticus links; RQW parietal links, Status nach passagerer aphasischer Störung; Status nach organischem Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2); einseitige Anosmie (ICD 10: R43.0); thorakale Sensibilitätsstörungen; jeweils ohne Krankheitswert - Verdacht auf einmaligen epileptischen Anfall am 7. August 2014; kein Hinweis auf Epilepsie-Leiden (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit)

Es bestehe zudem keine neuropsychologische Störung bei diskreten Minderleistungen im Bereich der verbal phonematischen Wortflüssigkeit, bei subjektiven Angaben von Durchschlafstörungen und persistierender Tagesmüdigkeit bei Status nach erlittener traumatischer Hirnverletzung vom 1. August 2014 (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit).

Als unfallunabhängige Diagnosen wurden die Folgenden genannt (S. 4): - Insomnie (ICD-10: F51.0) mit ungünstigen Schlafgewohnheiten bei mehrphasischem Schlafmuster, mit Bedarf an Tagesschlaf infolge reduzierter Aktivität/Stimulation (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Anamnestic Status nach Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), DD: depressive Episode (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Anamnestic Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.2) - Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol ICD-10: F10.1, bei Hinweisen für Alkoholüberkonsum in den letzten 2-3 Wochen vor der Begutachtung (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Beginnende Halluzinationen

valgus-Deformität rechts (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - COPD Gold Stadium I, Risikoklasse A (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Status nach Nikotin-Abusus (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Leichte Fehlsichtigkeit (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Bruxismus (Zähneknirschen) (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit)

In Beantwortung der durch die Beschwerdegegnerin gestellten Fragen hielten die Gutachter ausserdem fest, dass nach gemeinsamer neuropsychologischer und neurologischer

Einschätzung die am 1. August 2014 erlittenen Verletzungen bzw. deren Folgen nicht mit Wahrscheinlichkeit geeignet seien, die angegebene Variante des Schlafmusters oder eine andere (subjektive) Schlafstörung zu verursachen (S. 5 f.). Das Schlafverhalten der Beschwerdeführerin sei entweder ähnlich einer sogenannten « Dekonditionierung » zu werten oder unterliege einer nicht realistischen Wahrnehmung. Bei beiden Hintergründen sei durch eine Willensanstrengung der Beschwerdeführerin durch eine langfristige Verhaltensänderung und veränderte Selbstwahrnehmung bzw. Interpretation der subjektiv wahrgenommenen störenden Schlafunterbrüche ein Abklingen der subjektiven Schlafstörung zu erwarten. Zudem könne eine Abstinenz oder deutliche Reduktion des Alkoholkonsums zu einer verbesserten Schlafqualität führen (S. 6). Es stelle den Konsens der Begutachtenden dar, dass weder eine teilweise noch eine hochgradige oder vollständige Arbeitsunfähigkeit mit Unfallfolgen begründet werden könne. Es seien mit den nachweisbaren somatischen und psychischen Unfallfolgen keine namhaften Beeinträchtigungen in der Ausübung der angestammten oder angepassten Tätigkeit begründbar. Es sei vorstellbar, dass eine minimale Rest-Aphasie bei der Beschwerdeführerin eine Arbeitstätigkeit (oder Umschulung) in einen sprachlich hochanspruchsvollen Beruf beeinträchtigen würde. Das Ausmass einer Beeinträchtigung in diesen aussergewöhnlichen Arbeitstätigkeiten könne jedoch nur grob eingeschätzt werden und müsse als « leicht bis mittelgradig » geschätzt werden. Die Beschwerdeführerin habe in den neuropsychologischen Untersuchungen während der Begutachtung eine gute kognitive Leistungsfähigkeit gezeigt. Es sei somit mit kognitiven Einbussen bei der Beschwerdeführerin keinerlei Minderung der Leistungsfähigkeit in der Arbeitstätigkeit zu begründen (S. 8). Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht könne rückblickend kein Zeitpunkt der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit festgelegt werden. Die beschriebene Arbeitsfähigkeit gelte mindestens seit dem Begutachtungszeitpunkt. Aus orthopädisch/unfallchirurgischer Sicht sei von einer Arbeitsfähigkeit sechs Monate nach dem Unfall auszugehen (S. 9).

Hinsichtlich der ärztlichen Behandlung gaben sie an, dass die Beschwerdeführerin seit längerer Zeit keine Heilbehandlungen in Anspruch nehme. Nach ihrer Einschätzung seien Behandlungen weder in Bezug auf Unfallfolgen noch in Bezug auf relevante Erkrankungen medizinisch indiziert. Es sei keine ärztliche Behandlung und keine Pflege zum Erhalt der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit erforderlich (S. 9).

E. 4.8.1

und E.

E. 4.8.2

hiervor) beruhen auf den erforderlichen Untersuchungen, sind für die streitigen Belange umfassend und wurden in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten (vgl. Urk. 8/71 jeweils S. 2 ff. der jeweiligen Teilgutachten) erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 8/71 /12-24 S.

E. 7

. August

2020 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 8. September 2020 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 7. August 2020 sei aufzuheben und ihr sei mit Wirkung ab 1. August 2015 eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen und auszurichten (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 12. November 2020 (Urk. 7) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 16. November 2020 (Urk. 9) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

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

[orthopädisch-unfallchirurgisches Teilgutachten], Urk. 8/71/89-130 S. 2-3 ff. [neurologisches Teilgutachten], Urk. 8/71/25-88 S.

34

ff. [psychiatrisches Teilgutachten], Urk. 8/71/131-147 S. 5 [neuropsychologisches Teilgutachten]) und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Namentlich zeigten sie nachvollziehbar auf, dass aus orthopädisch-somatischer Sicht weder Beschwerden noch Funktionseinschränkungen vorliegen und spätestens sechs Monate nach dem Unfall die Rippenserienfrakturen und die Folgen des Lungen-Eingriffes vollständig abgeheilt waren, was sich auch mit dem ergotherapeutischen Assessment deckt, wobei keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit festgestellt werden konnte (Urk. 8/71 /24).

Auch der neurologische Teilgutachter, Dr. L.____, beschrieb nachvollziehbar, dass unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde mit den Hirnparenchym-Schädigungen als Folge des Unfalls vom August 2014 keine höhergradigen kognitiven Leistungsminderungen und keine erheblichen klinisch-neurologischen Ausfälle erklärbar seien. Die MR-Bildgebung des Gehirns vom Januar 2018 erkläre eine - ausschliesslich auf der rechten Seite

- vorhandene Geruchs-Wahrnehmungsstörung, bei erhaltener Geruchs-Wahrnehmung links. Als weitere Unfallfolge nannte er Schädigungen peripherer sensibler Nerven im Bereich des Thorax, was jedoch ohne Hinweis für ein dort lokalisiertes neuropathisches Schmerz-Syndrom angesehen wurde. Er beschrieb zudem schlüssig, dass zwar eine minimale Rest-Aphasie vorhanden ist, welche jedoch keine kognitiven Einbussen begründet. Auch die subjektive Schlafstörung konnte weder auf neurologischem noch auf pulmonologischem / pneumologischen Gebiet eine organische Begründung finden (Urk. 8/71 /89-130 S. 35 ff.). Sodann zeigte auch der psychiatrische Gutachter O.____ in schlüssiger Weise auf, dass bei der Beschwerdeführerin zwar unfallbedingt ein organisches Psychosyndrom vorhanden ist, die kognitiven Defizite seit März 2015 nicht mehr objektiviert werden konnten, diese

daher keine Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit hat. Auf dem Gebiet der Psychiatrie konnte keine Gesundheitsstörung und/oder psychische Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die angestammte oder angepasste Tätigkeit festgestellt werden, was ebenfalls einleuchtet. Des Weiteren legte auch der neuropsychologische Gutachter schlüssig dar,

dass bei der Beschwerdeführerin keine neuropsychologische Störung festgestellt werden konnte und aufgrund der durchgeführten Tests mit zumeist unauffälligen Leistungen keine erhebliche Einschränkung einer

beruflichen Funktionsfähigkeit abgeleitet werden kann (Urk. 8/71 /131-147 S. 14

ff.). Die Gutachter gelangten sodann zum ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass weder eine teilweise noch eine hochgradige oder vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliegt sowie dass

mit kognitiven Einbüssen keine Minderung der Leistungsfähigkeit begründet werden kann (Urk. 8/71 S. 8).

Das interdisziplinäre Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1. 6 hiervor). 5.2.2

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin lässt sich die Meinung der Gutachter ohne Weiteres dem Gutachten entnehmen, auch wenn sie die gestellten Fragen in ihren Teilgutachten nicht explizit beantwortet haben (Urk. 1 S. 16). So geht aus den jeweiligen Teilgutachten klar hervor, dass sich die Gutachter mit den Ausführungen und Beschwerden der Beschwerdeführerin ausführlich auseinandergesetzt und jeweils eine entsprechende Beurteilung vorgenommen haben. Weder im Auftrag an die Gutachter (Urk. 8/58 und Urk. 8/67) noch gemäss Rechtsprechung wird vorausgesetzt, dass die gestellten Fragen auch in den einzelnen Teilgutachten beantwortet werden müssen. Sowohl in der interdisziplinären Zusammenfassung und Fragebeantwortung als auch in den Teilgutachten ist die Beurteilung und medizinische Einschätzung der geklagten Beschwerden durch die jeweiligen Experten klar ersichtlich und eruierbar. 5.2.3

Der weitere Vorwurf der Beschwerdeführerin, die Gutachter hätten sich nicht genügend mit der Erhebung des Stellenprofils auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 17 ff.), zielt ebenfalls ins Leere. Die Gutachter mussten explizit auf die Frage antworten, wieviel die maximale zumutbare tägliche und wöchentliche Arbeitszeit in der bisherigen Tätigkeit als selbständige Case Managerin und Unternehmensberaterin beträgt. Dazu wurde ihnen die entsprechende Stellenbeschreibung (vom 26. Februar 2015) beigelegt. Die Gutachter kamen übereinstimmend zum Schluss, dass weder eine teilweise, noch eine hochgradige oder vollständige Arbeitsunfähigkeit mit Unfallfolgen begründet werden kann. Es konnten mit den nachweisbaren somatischen und psychischen Unfallfolgen sodann keine namhaften Beeinträchtigungen in der Ausübung der angestammten oder in einer angepassten Tätigkeit begründet werden. In den neuropsychologischen Untersuchungen zeigte die Beschwerdeführerin eine gute Leistungsfähigkeit, womit kognitive Einbüssen bei der Leistung ausgeschlossen werden konnten. Sowohl in der neurologischen Anamnese, der psychiatrischen Exploration als auch in der neurologischen Befragung fielen keine sprachlichen Einbüssen auf. Zur Konkretisierung der bereits dargelegten Ansicht gab Dr. L. ___ in Beantwortung der Rückfragen explizit an, dass im Gutachten zwar die Rede von einer «minimalen Rest-Aphasie» war, diese je doch nur eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätte, wenn die Beschwerdeführerin in einem sprachlich hochanspruchsvollen Beruf mit dauerhaft exakter sprachlicher Ausdrucksfähigkeit tätig wäre. Dies sei bei der Tätigkeit als Case Managerin im Gegensatz zum Beruf eines Simultan-Dolmetschers oder Telefonisten nicht der Fall (Urk. 8/73/172-174). Dass bei der Tätigkeit als Case Managerin durchaus persönliche Gespräche und Abklärungen anfallen,

wurde nicht in Frage gestellt und lässt im Hinblick auf die möglicherweise vorhandene minimale Rest-Aphasie keine weitergehenden Einschränkungen begründen. Unter diesen Umständen ist nicht ersichtlich, inwiefern die Gutachter von einem falschen Stellenprofil ausgegangen sein sollen. 5.3

Die Beschwerdeführerin beantragte rückwirkend für die Zeit vom 1. August 2014 bis 31. März 2018 eine ganze und ab April 2018 eine halbe Rente. 5.3.1

Gemäss orthopädischem-unfallchirurgischem Teilgutachten zeigte die körperliche Untersuchung keinerlei somatische Einschränkungen, wobei auch keine spezifischen orthopädisch-somatischen Beschwerden geklagt wurden. Diese Einschätzung deckte sich auch mit dem ergotherapeutischen Assessment, in dem keine Einschränkungen der Leistungsfähigkeit festgestellt werden konnten (Urk. 8/71 /12-24 S. 11 ff.). Gemäss Gutachten bestand aus orthopädischer/unfallchirurgischer Sicht spätestens sechs Monate nach dem Unfall bereits eine volle Arbeitsfähigkeit, was unter Berücksichtigung der übrigen Akten nachvollziehbar erscheint. 5.3.2

Hinsichtlich der übrigen somatischen und psychischen Beschwerden kann bis zum Gutachtenszeitpunkt im November 2017 Folgendes festgehalten werden: Bereits vor Ablauf des gesetzlichen Wartejahres (August 2015) ergab die Untersuchung im Institut B. (vgl. E. 4.3), dass seitens Beschwerdeführerin keine kognitiven Beschwerden mehr angegeben wurden. Dies passte auch zur Untersuchung, wo nach die Leistungen der Beschwerdeführerin in allen Bereichen der Aufmerksamkeit in der Norm lagen und auch das in der laufenden Therapie gezeigte Verhalten war gänzlich unauffällig. Aus neuropsychologischer Sicht wurde aufgrund der Testungen und der Verhaltensbeobachtung die Fahreignung wieder bejaht. Dr. G. ging in seinem Bericht vom 9. Juni 2015 (vgl. E. 4.4) sodann von einer Arbeitsunfähigkeit von lediglich 20 % aus. Der psychiatrische Gutachter stellte fest, dass die kognitiven Defizite seit März 2015 nicht mehr objektiviert werden konnten (Urk. 8/714). Im weiteren Verlauf machte die Beschwerdeführerin Schlafstörungen geltend, weshalb im September 2015 eine Untersuchung im Zentrum für Schlafmedizin der Klinik J. (E. 4.5) durchgeführt wurde. Auch diese Untersuchung ergab keine organischen oder erklärbaren Ursachen für die von der Beschwerdeführerin angegebene Schlafstörungen. Vielmehr kamen die Experten zum Schluss, dass eine erhöhte Einschlafneigung bei körperlicher Inaktivität in der zweiten Tageshälfte, das frische Erwachen in der Nachtmittag nach kurzem Schlaf sowie das schnelle Anwachsen einer Schlafbereitschaft während des Tages Symptome

sind, die auf ein sogenanntes mehrphasisches Schlafmuster schliessen lassen und sich die nächtlichen Durchschlafstörungen durch entsprechendes Verhalten vermeiden lässt (vgl. E.4.5). Zudem wurden der Umzug der Beschwerdeführerin sowie der Alkoholkonsum als mögliche Ursachen für den als schlecht empfundenen Schlaf thematisiert. Aus der Schlafstörung lässt sich daher keine anhaltende wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit herleiten.

Entgegen den übrigen fachärztlichen Einschätzungen attestierte die Hausärztin der Beschwerdeführerin Dr. K. eine seit dem Jahr Juli 2016 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 4.7). In ihrem Bericht setzte sie sich aber in keiner Weise mit den übrigen fachärztlichen Befunden und deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auseinander, insbesondere auch nicht mit der festgestellten Diskrepanz der dargestellten Einschränkungen der Beschwerdeführerin zum objektiven Befund. Sie legte auch nicht dar,

inwiefern die von ihr festgestellten Defizite sich als Einschränkungen manifestieren respektive wie sich diese auf ihre Tätigkeit als Case Managerin auswirken. Sie beließ es bei der undifferenzierten Feststellung, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch angepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig sei. Sie verpasste es sodann, die funktionellen Auswirkungen näher darzulegen. Im Hinblick auf die von ihr attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C_609/2017 vom 27. März 2018 E. 4.3.3). Aus dem Bericht von Dr. K. ___ vermag die Beschwerdeführerin somit nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. 5.3.3

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Gutachter würden sich nicht zum Grad der Arbeitsfähigkeit äussern (Urk. 1 S. 7 ff.), kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. In Beantwortung der Fragen 8.2-8.5 (Urk. 8/71 S. 7 f.) gaben die Gutachter unmissverständlich an, dass weder eine teilweise noch eine hochgradige oder vollständige Arbeitsfähigkeit vorliegt. Auch unter Frage 9.3 und bei der Zusatzfrage 3 hielten die Experten erneut fest, dass eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit besteht, diese aus orthopädischer/unfallchirurgischer Sicht spätestens 6 Monate nach dem Unfall bereits bestanden hat, in den anderen Disziplinen jedoch sicherlich ab dem Begutachtungszeitpunkt ebenfalls gegeben ist (S. 9). Eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 und Art. 7 ATSG ist vor diesem Hintergrund nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, was sich nach den Regeln über die materielle Beweislast zuungunsten der Beschwerdeführerin auswirkt. Bei diesem Ergebnis sind keine Anhaltspunkte gegeben, welche weitere Abklärungen als notwendig erscheinen lassen. Der relevante Gesichtspunkt, ob nunmehr ein anspruchserheblicher Gesundheitsschaden vorliegt, lässt sich aufgrund der bestehenden Aktenlage verlässlich beurteilen, weshalb sich in antizipierter Beweiswürdigung keine weiteren Abklärungen aufdrängen (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen). 5.4

Zusammenfassend kann bei der Beschwerdeführerin aufgrund der Akten für die Zeit bis zur Begutachtung im November 2017 von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (E. 4.4 und E. 4.6). Eine darüber hinaus gehende Arbeitsunfähigkeit lässt sich aufgrund des beweiskräftigen interdisziplinären Gutachtens der Rehaklinik C. ___ nicht erstellen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist unter Einbezug der ärztlichen Berichte und des Gutachtens nicht ersichtlich, weshalb sie aus gesundheitlichen Gründen nicht in ihrer angestammten Tätigkeit als Case Managerin arbeiten könnte. 5.5
5.5.1

Für die Zeit von August 2015 bis November 2017 war die Beschwerdeführerin somit zu 80% arbeitsfähig. In der Folge bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkung zu prüfen. 5.5.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen,

dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

In gewissen Fällen, insbesondere dort, wo Validen- und Invalideneinkommen an hand derselben Tätigkeit zu ermitteln sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2017 vom 27. September 2017 E. 6.5), kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen). 5.5.3

Die Beschwerdeführerin war bis zu ihrem Unfall im Jahr 2014 als Case Managerin tätig, eine Tätigkeit, welche ihr unter Berücksichtigung ihrer Einschränkungen weiterhin offen gestanden hätte. Die verbleibende leichte Aphasie erachteten die Gutachter nicht als derart gravierend, dass ihre Tätigkeit nicht mehr möglich wäre. Dies leuchtet ohne Weiteres ein, besteht doch die Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Case Managerin nicht aus übermässig anspruchsvollen sprachlichen Elementen. Die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Aufgaben (Urk. 1 S. 19) von persönlichen beratenden Gesprächen, Verhandlungen und Koordination mit den involvierten Versicherungen, mit Anwälten, Arbeitgebern, Stellenvermittlern, möglichen zukünftigen Arbeitgebern und den fallbetreuenden Ärzten sind wohl allesamt mental und fachlich anspruchsvoll, setzen aber kein übermässiges sprachliches Geschick voraus. Gleiches gilt für die Kundenakquisition sowie das Organisieren von Reha-Konferenzen. Einzig beim Moderieren von solchen Veranstaltungen ist eine Einschränkung denkbar. Dass dieser Teil in relevantem Umfang anfällt, wurde indes nicht dargetan. Schliesslich ist die Durchführung von Schadensberechnungen auf dem Laptop sprachlich nicht fordernd.

Bei dieser Ausgangslage (identische Basis des Validen- und Invalideneinkommens) kann auf eine ziffernmässige Bestimmung der beiden hypothetischen Einkommen verzichtet werden. Der Invaliditätsgrad entspricht damit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (Urteile des Bundesgerichts 8C_365/2012 vom 30. Juli 2012 E. 7, 8C_628/2015 vom 6. April 2016 E. 5.3.5 je mit Hinweisen). Bei einer 80%igen Arbeitsfähigkeit resultiert entsprechend eine Einkommenseinbusse von 20%. Dass diese bei hypothetischer selbständiger Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin im Ein-Frau-Betrieb grösser wäre, ist nicht überwiegend wahrscheinlich und solches wurde auch nicht substantiiert dargetan. 5.5.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25% nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen,

wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1).

Hinsichtlich des leidensbedingten Abzugs ist anzumerken, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen dürfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_833/2017 vom 20. April 2018 E. 2.2). Bei der 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurden bereits die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden und Restfolgen des Unfalls berücksichtigt, womit sich ein (weiterer) Abzug wegen der leidensbedingten Einschränkung nicht

rechtfertigt. Es ist nicht erkennbar und wird im Übrigen auch nicht vorgebracht, dass anderweitige einkommensbeeinflussende Faktoren

vorliegen, wodurch

die Beschwerdeführerin gravierende negative Auswirkungen auf die Lohnhöhe zu gewärtigen hätte. Für einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad wäre jedoch ein Abzug vom Tabellenlohn von 25 % notwendig, was ausgeschlossen ist.

Dies führt unter Berücksichtigung des zumutbaren Pensums von 80 % zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 %, was im Ergebnis zur Abweisung der Beschwerde führt. 6. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind die Kosten des Verfahrens auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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