

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00352 vom 31. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00352

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00352 du 31 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00352 del 31 marzo 2023

Erwägungen

E. 1

0. März 2022 (Urk. 6/220) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht . Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems , K S ÜB WE IV , gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

). 4.2.5

Die Beurteilung durch den

Chiropraktor

Dr. K.____, wonach

ein postkommotionelles

Syndrom nach am 6. April 2017 erlittenem Kopfanprall sowie drei weiteren vorausgegangenen Gehirnerschütterungen eine permanente Arbeitsunfähigkeit begründe, vermag sodann schon deshalb nicht zu überzeugen, weil in Bezug auf das Ereignis vom 6. April 2017 eine stattgehabte Commotio cerebri nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen ist (vgl. dazu vorstehend E. 4.1.3). Hinsichtlich der weiteren erwähnten – gemäss Anamnese in den Jahren 1994, 2007 und 2008 erlittenen (Urk. 6/231/1 unten) - Gehirnerschütterungen liegen sodann keinerlei medizinische Akten vor. Abgesehen davon beklagt die Beschwerdeführerin Kopfschmerzen erst seit dem Jahr 2017 (Urk. 16/1 S. 2 lit. e) und fällt deren Beurteilung ebensowenig ins Fachgebiet von Dr. K.____ wie die Nervus Ulnaris-Problematik. Sodann vermag allein der Hinweis auf durch ihn (Dr. K.____) festgestellte

Druckdolenzen

und eine Beweglichkeitseinschränkung der HWS die im fachorthopädischen Gutachten hinsichtlich zumutbarer Arbeitsfähigkeit gezogene Schlussfolgerung nicht in Frage zu stellen. Die von Dr. K.____ aufgrund einer LWS-Problematik attestierte Arbeitsunfähigkeit basiert im Übrigen auf subjektiven Schmerzangaben. 4.2.6

Dr. G.____ schliesslich beschränkte sich im Bericht vom 23. März 2022 (vorstehend E. 3.2.2) im Wesentlichen darauf, die von ihr bereits im Bericht vom 24. Februar 2021 (Urk. 6/166) genannte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

zu bestätigen. Einen psychopathologischen Befund führte sie nicht an.

Nach der Rechtsprechung kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nur relevant sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.3 mit Hinweis auf BGE 130 V 396). Im psychiatrischen Gutachten hatte der Gutachter bemängelt, dass hinsichtlich der von Dr. G.____

im Bericht vom 24. Februar

2021 genannten Diagnose eine positive Diagnosestellung nicht erkennbar sei (Urk. 6/200/165 Mitte) . Hierzu gilt es zu bemerken, dass bei einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD

E. 2

Am 20. Juni 2022 erhob die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Mai 2022 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, und es sei die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventuell sei ihr ab 1. Juli 2018 (gemeint wohl 2017, vgl. Urk. 1 S. 11 Ziff. 4.5 und Ziff. 5) eine ganze und ab 1. Januar 2020 bis mindestens 30. April 2022 eine Dreiviertelrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 oben) .

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 12. Juli 2022 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, wovon das Gericht der Beschwerdeführerin am 18. Juli 2022 Kenntnis gab (Urk. 7) . Am 27. Juli 2022 liess sich die Beschwerdeführerin erneut vernehmen und beantragte in Ergänzung der in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren die Anordnung eines Gerichtsgutachtens und nurnoch eventualiter die Rückweisung (Urk. 8 S. 3 unten). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 8. September 2022 (Urk. 11) auf eine Stellungnahme, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 13. September 2022 (Urk. 12) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) , ab dem 3. Mai 2018 sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsunfähig gewesen für alle Tätigkeiten. Spätestens ab dem 27. September 2019 habe jedoch bereits wieder eine volle Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten bestanden. Eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht begründbar. Im A.____ - Gutachten werde nachvollziehbar dargelegt, dass das behauptete Ausmass der Beschwerden weder mit den klinischen Befunden noch mit der geringen Inanspruchnahme von Behandlungen noch mit den erhobenen Alltagsaktivitäten vereinbar sei (S. 2 oben).

E. 2.2

) stelle basierend auf den subjektiven Angaben die Diagnose einer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und erhebe keine objektivierbare eigenständige psychische Erkrankung . Der Chiropraktor

Dr. K.____ (vorstehend E. 3.2.6) präsentiere keine neuen medizinischen Fakten. Er spekuliere fachfremd über ein postkommissionelles Syndrom, ohne objektivierbare Befunde darzustellen. Die Unfälle mit Kopfanprall würden im Gutachten gewürdigt und beurteilt. Insgesamt würden in den Stellungnahmen die bekannten Positionen vertreten, die im Wesentlichen auf subjektiven Angaben und Spekulationen über mögliche Zusammenhänge beruhten. Die Erklärungsversuche gingen jeweils weit über das eigene Fachgebiet hinaus. Den Einschätzungen werde ein bio-psychosoziales Krankheitsmodell zugrunde gelegt. Inkonsistenzen und wiederholt belegte Aggravationstendenzen würden nicht berücksichtigt (S. 3 oben) . Aufgrund der nachgewiesenen Aggravationstendenzen sei eine neuropsychologische Untersuchung nicht geeignet, da die erforderliche Leistungsbereitschaft nicht erwartet werden könne. Im Gutachten würden klinische Angaben zur wahrgenommenen Leistungsfähigkeit gemacht und das Gutachten

nähere sich einer objektiven versicherungsmedizinischen Beurteilung von Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit weitestgehend an

(S. 3 Mitte). 3. 4 3. 4.1

Mit Eingabe

vom 27. Juli 2022 (Urk. 8) beantragte die Beschwerdeführerin neu die Einholung eines Gerichtsgutachtens , dies vor dem Hintergrund der folgenden von ihr eingereichten Berichte : 3. 4.2

Am 11. April 2017 (Urk. 9/1) berichteten die Ärzte des Spitals M.____ , die Beschwerdeführerin habe sich nach einer ersten notfallmässigen Selbstzuweisung am 7. April 2017 am 10. April 2017 erneut auf der chirurgischen Notfallstation vorgestellt . Anlässlich der Konsultation vom 7. April 2017 habe sie berichtet, am Vortag in Eile mit dem Kopf rechtsseitig gegen eine feststehende Tür geprallt zu sein. Eine Amnesie

habe nicht bestanden. Die Beschwerdeführerin habe eine mögliche Bewusstlosigkeit von vier bis fünf Sekunden angegeben . Übelkeit und Erbrechen habe sie verneint. Sie habe berichtet,

am Tag der Konsultation beim Arbeiten eine Seh- und Konzentrationsschwäche bemerkt sowie ein Rauschen im Ohr rechts und eine verminderte Sensibilität im Gesicht rechts zu haben (S.

2

oben) . Es sei die Diagnose einer Contusio capitis gestellt worden (S. 1 Mitte). Anlässlich der aktuellen

Konsultation habe die Beschwerdeführerin (unter anderem) über eine seit dem Vortag bestehende Übelkeit mit vermehrtem Erbrechen , dumpfen Schmerzen im rechten Hinterkopf sowie leicht verschwommenem Sehen auf dem rechten Auge und einer etwas verwaschenen Aussprache berichtet (S.

1

unten). Nach klinischer Untersuchung sowie radiologischer Bildgebung (Computertomogramm [CT]

des Schädels am 10. April 2017)

hätten eine intrakranielle Blutung und eine ossäre Läsion des Schädels ausgeschlossen werden können. Die Beschwerden seien weiterhin im Rahmen einer Contusio capitis zu interpretieren (S. 2 unten). 3. 4.3

Im Bericht vom 15. April 2017 (Urk. 9/2) über die gleichentags erfolgte notfallmässige Behandlung führten die Ärzte des Universitätsspitals N.____

aus, die Beschwerdeführerin habe sich aufgrund persistierender Kopfschmerzen sowie Nackenbeschwerden auf der Notfallstation vorgestellt. Die Schmerzen würden diffus als brennend sowie ziehend beschrieben. Die Beschwerdeführerin beschreibe weiterhin intermittierende Sehstörungen am linken Auge im Sinne eines Flimmerns sowie persistierende Nackenschmerzen und dass sie bei Rotation ein Knacken im Hals höre (S. 1 unten). Das CT des Neurocraniums inklusive Gesichtsschädelnativ vom 15. April 2017 habe keine intrakraniellen Trauma folgen gezeigt, insbesondere keine Blutung und keine

Fraktur. Das CT der HWS nativ vom gleichen Tag habe keine frischen traumatischen ossären Läsionen ergeben und CT-morphologisch bestünden keine Anhaltspunkte für Weichteilverletzungen. Gemäss ophthalmologischem Konsilium vom 15. April 2017 bestehe eine beidseitige leichte posteriore Blepharitis. Die Beschwerden könnten im Rahmen eines postkommotionellen Syndroms bei Status nach leichtem Schädel-Hirntrauma vom 6. April 2017 (vgl. S. 1 unten) interpretiert werden

(S. 2 Mitte) . 3. 4.4

Prof. Dr. med. O.____, Facharzt für Radiologie, führte im Bericht vom 30. Mai 2018 (Urk. 9/3) aus, die Bildgebung vom 28. Mai 2018 (Neurocranium triplanar nativ und nach Kontrastmittelapplikation mit Dünnschichtung des Hippocampus sowie des Kleinhirnbrückenwinkels; vgl. S. 1 oben) habe keinen Nachweis einer Raumforderung, einer territorialen Ischämie oder Blutung und von Scherenverletzungen ergeben. Das hippocampale Rindenband habe sich regelrecht ohne Signalalterationen dargestellt, eine Malrotation habe nicht bestanden. Nachweisbar seien vereinzelte unspezifische subkortikale Marklagerläsionen, dies unverändert zum Befund aus dem Jahr 2016 (S. 1 unten).

Alsdann äusserte sich Prof. Dr. O.____

im Sinne einer Zweitmeinung zu (nicht näher bezeichneten) externen Bildgebungen vom 28. April 2006, vom 25. Juli 2016, vom 5. August 2016 und vom 3. April 2018 (S. 2-3). Gemäss seiner Beurteilung sei es im zeitlichen Verlauf von 2006 bis 2018 von einer initialen Steilstellung zu einer

Kyphosierungsfehlstellung der HWS mit kompensatorischer Lordosierung bei Halswirbelkörper (HWK) 6/7 und am zervikothorakalen Übergang gekommen. Ferner bestünden ventrale ossäre Abstützreaktion bei HWK 5/6 und HWK 6/7 sowie zunehmend degenerative Veränderungen an Grund- und Deckenplatte, am ausgeprägtesten bei HWK 6/7. Es bestehe eine progrediente, am ehesten posttraumatische Myelonschädigung paramedian rechts, beginnend an der Unterkante HWK 6. Das Muster sei nicht typisch für eine entzündliche Genese. Eine Kontrastmittelaufnahme sei im zeitlichen Verlauf nie nachweisbar gewesen. Es bestehe eine relative Spinalkanalstenose in Höhe HWK 6/7. Ferner bestünden Unkarthrosen und neuroforaminale Engen, vorwiegend bei HWK 6/7 und HWK 5/6 linksführend (S. 3). 3. 4.5

Nachdem die Suva mit Verfügung vom 14. Mai 2018 (Urk. 6/62/6-7) einen sicheren oder überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 6. April 2017 und der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit ab 2. November 2017 verneint hatte, nahm Dr. med. P.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit Bericht vom 26. Juni 2018 Stellung (Urk. 9/4). Er nannte folgende -

hier stark verkürzt angeführte - Diagnosen (S. 1 f.) : - Status nach Commotio cerebri Grad 1 am 6. April 2017 mit/bei - schweren bis mittelschweren kognitiven Einschränkungen - postkommotionellem Syndrom - richtunggebende Symptomerweiterung von Vorzuständen aus Unfällen von 1976 bis 2017 durch Sturz auf Gesäss am 6. April 2017 und am 22. April 2017 sowie erneutem Sturz auf die rechte Körperseite am 9. Juni 2018 .

Dr. P.____ gelangte im Rahmen einer polydisziplinären Evaluation der gesundheitlichen Probleme (vgl. S. 3 unten) zum Schluss, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeit auf das Ereignis vom 6. April 2017 zurückgeführt werden müsse (S.

4

Mitte). Die funktionelle Untersuchung mit dem MINI ICF APP ergebe Hinweise für Spätfolgen der Commotio cerebri vom 6. April 2017 und in den Akten fänden sich trotz mehrerer dokumentierter Unfälle in der Vergangenheit keine Hinweise auf ein vorbestehendes postkommotionelles Syndrom (S.

4

Mitte). 3. 4.6

Im Bericht vom 7. Juni 2022 (Urk. 9/5) bestätigte PD Dr. med. Q.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nach am gleichen Tag erfolgter Untersuchung und Einsicht in die aktuellen Bild befunde vom 24. Mai und 7. Juni 2022 (vgl. S. 2 oben)

das Vorliegen einer einschränkenden Instabilität der LWS mit Pseudolisthese L3/4 und ersuchte PD Dr. med. R.____, Fachärztin für Neurologie, um Aufbietung der Beschwerdeführerin zu einer vertieften neurologischen Abklärung, dies auch im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (S.

2

unten). 3. 4.7

Im Bericht vom 21. Juni

2022 über die neurologische und neurophysiologische Untersuchung vom 20. Juni 2022 (Urk. 9/6)

nannte PD Dr. R.____

folgende Diagnosen (S. 1 unten): - Olisthese LWK 3 über LWK 4, Spinalkanalstenose L3/4, foraminäre Engstellung L3/4 beidseits mit - belastungs- und bewegungsabhängigen latero-posterior ausstrahlenden Lumboischialgien linksprävalent und intermittierendem Kraftdefizit der unteren Extremitäten beidseits. - benigne Myoklonien rechtsfazial.

PD Dr. R.____

gelangte zum Schluss, die bewegungs- und belastungsabhängig auftretenden, lateral und posterior bis ins Knie und ins Sprunggelenk ausstrahlenden linksprävalenten Lumboischialgien, der bewegungsabhängig auftretende Kraftverlust, die morgendlichen Anlaufschmerzen sowie die schmerzbedingten Schlafstörungen könnten auf die bewegungsabhängig instabile Olisthese L3/4 gemäss Funktionsaufnahme der LWS vom 7. Juni 2022 (vgl. Urk. 9/5 S. 2 Mitte) zurückzuführen sein (S. 2 unten). Unter Einbezug der chronischen Schmerzbelastung und

der dadurch bedingten reduzierten psychophysischen Belastbarkeit besteht aus neurologischer Sicht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bis 40 %, dies auch mit Bezug auf die bereits dokumentierte leichte kognitive Störung (S. 3 oben). 3. 4.8

Im Bericht vom 23. Juni 2022 (Urk. 9/7) führte PD Dr. Q.____ aus, die Neurologin PD Dr. R.____ attestiere aus fachneurologischer Sicht inklusive psychiatrischer Komponente eine summative Einschränkung von 30 % bis 40 %. Aus wirbelsäulen-orthopädischer Sicht sei aufgrund der mechanischen Instabilität im Bereich der LWS und der degenerativen Veränderungen im Rahmen der Blockbildung im Bereich der HWS eine zusätzliche

Einschränkung von 20 % zu attestieren, sodass summativ eine Einschränkung zwischen 50 % und 60 % dokumentiert werden könne. 4. 4.1 4.1.1

Das

A. ___ -Gutachten vom 13. Januar

2022 (vorstehend E. 3.1)

beruht auf allseitigen Untersuchungen. Es wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wurden berücksichtigt. Gemäss interdisziplinärer Beurteilung konnte für die anamnestisch vorgetragene intensive polytopen Schmerzen kein ausreichendes Befundkorrelat gefunden werden. Die Gutachter verneinten das Vorliegen von Befunden oder Diagnosen mit Auswirkung auf die Belastbarkeit in der angestammten oder einer vergleichbaren Arbeit und erachteten auch rückblickend eine dauerhafte Minderung der Belastbarkeit als nicht ausreichend belegt

(vorstehend E. 3.1.1). 4.1.2

Die Feststellung im internistischen Gutachten (vorstehend E. 3.1.2), wonach sich keine namhafte allgemeine internistische Gesundheitsstörung mit dauerhaftem Einfluss auf die Belastbarkeit feststellen lasse und auch in den Akten nicht dokumentiert sei, wurde weder einsprachlich (Urk. 6/228) noch beschwerdeungsweise (Urk. 1)

gerügt. Auf die nachvollziehbar und überzeugend begründete internistische Beurteilung ist abzustellen. 4.1.3

Im neurologischen (vorstehend E. 3.1.3) und im orthopädischen (vorstehend E.

3.1.4) Gutachten wurde unter Bezugnahme auf die jeweils ausführlich dargelegte objektive Befundlage (vgl. Urk. 6/200/100-104, Urk. 6/200/127-132) das Vorliegen organ-neurologischer Defizite mit Auswirkung auf die Belastbarkeit sowie eines namhaften orthopädischen und orthopädisch-neurologischen Störungsbefunds verneint. Anlässlich der neurologischen Untersuchung zeigten sich insbesondere keine nervalen Dehnungszeichen, weder zervikal noch lumbal, und es ergaben sich keine Hinweise auf eine Rückenmarksläsion oder das Vorliegen peripherer Nervenkompressionszeichen. Aufgrund der von der Beschwerdeführerin unter anderem geklagten Schmerzen in den Händen und Fingern

(vgl. Urk. 16/1 S. 2 oben) wurde auch eine elektrophysiologische Zusatzdiagnostik durchgeführt, welche allesamt im Normbereich liegende Messergebnisse ergab (Urk. 6/200/102 f. Ziff. 4.3.2), woraus der Gutachter nachvollziehbar auf das Fehlen nervaler Residuen nach im Jahr 2020 (im Mai und Dezember, vgl. Urk. 6/200/173) durchgeführter Operation der Nerven

ulnaris schloss. In der orthopädischen Untersuchung ergaben sich auch keine Hinweise auf ein Sulcus-ulnaris-Rezidiv-Syndrom.

Hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin angegebenen Areale verminderten Empfindens wies der neurologische Gutachter darauf hin, dass diese keinem anatomischen Innervationsmuster entsprechen. Die generelle Hypästhesie am rechten Arm wurde auch vom orthopädischen Gutachter als nicht dermatombezogen bezeichnet. Die berichtete Zephalgie ordnete der neurologische Gutachter sodann am ehesten als Spannungskopfschmerz ein und mass diesem keine hindernden Auswirkungen zu, mit der

nachvollziehbaren Begründung, dass ein geringer Analgetikabedarf bestehe – gemäss Angaben der Beschwerdeführerin nehme sie etwa an vier Tagen im Monat 1g (zwei Mal 500mg) Dafalgan (Urk. 6/200/97 Mitte , Urk. 16/1 S. 3 oben) -, anlässlich der Untersuchung kein wirksamer (Paracetamol-) Spiegel zu erheben gewesen sei (vgl. Urk. 6/200/77 oben, Urk. 6/200/191 unten) und die Beschwerdeführerin die spezifischen Therapien nicht ausschöpfe. Hinsichtlich letzterer Feststellung ist zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin im Fragebogen zur Begutachtung einzig chiropraktische Behandlungen bei Dr. K.____

sowie monatliche Konsultationen bei Dr. I.____ (vorstehend E. 3.2.4) angab (Urk. 16/1 S. 3 unten). Schliesslich würdigte der neurologische Gutachter die geklagten Kopfschmerzen auch im Lichte des von der Beschwerdeführerin berichteten Kopfanpralls an einer Brandschutztür am 17. (richtig: 6., vgl.

Urk. 9/1) April 2017

(vgl. Urk. 6/200/97) , seit welchem ihren Angaben zufolge die Symptomatik bestehe (vgl. Urk. 16/1 S. 2 oben lit . e). Mit der Begründung, dass die Beschwerdeführerin in der Anamnese eine Bewusstlosigkeit verneint habe, keine namhaften äusseren Kopfverletzungszeichen dokumentiert und im MRI (vom 5. Oktober 2021, vgl. Urk. 6/200/194 Mitte) keine traumatypischen Läsionen erkennbar gewesen seien, verneinte der Gutachter ein stattgehabtes Schädelhirntrauma (Urk. 6/200/105 unten) . Dies erscheint überzeugend, nachdem für die Annahme eines selbst leichten Schädel-Hirn-Traumas (Commotio cerebri) eine Bewusstseinsstörung entscheidend ist, und für den Patienten fast immer eine fassbare Erinnerungslücke besteht (vgl. Marco Mumenthaler/Heinrich Mattle , Neurologie, 11. Aufl., Stuttgart/New York 2002, S.

47 Mitte), was die Beschwerdeführerin anlässlich der neurologischen Begutachtung aber explizit verneinte (Urk. 6/200/97 oben). Die Beurteilung durch den neurologischen Gutachter wird sodann nicht zuletzt durch den nachträglich von der Beschwerdeführerin eingereichten Bericht der Ärzte des Spitals M.____ vom 11. April 2017 (vorstehend E. 3.4.2) gestützt, welche die Beschwerdeführerin am Tag nach dem infrage stehenden Ereignis untersucht und (lediglich) eine Contusio capitis, mithin eine Schädelprellung, diagnostiziert hatten . Dies, nachdem die Beschwerdeführerin eine Amnesie sowie Übelkeit und Erbrechen verneint und von einer bloss möglichen Bewusstlosigkeit von vier bis fünf Sekunden berichtet hatte. Auch anlässlich der erneuten Vorstellung der Beschwerdeführerin vom 10. April 2017 interpretierten die Ärzte des Spitals M.____ die Beschwerden aufgrund des sich präsentierenden klinischen sowie des unauffälligen CT-Befunds weiterhin am ehesten im Rahmen einer Contusio capitis.

Dem

orthopädischen Gutachter

präsentierte sich ebenfalls ein weitgehend unauffälliger klinischer

Untersuchungsbefund (Urk. 6/200/127-132), insbesondere auch im Bereich der Wirbelsäule (vgl. Urk. 6/200/127-128) sowie der Hände (vgl.

Urk. 6/200/129-130) , weshalb er trotz der bildgebend nachgewiesenen multisegmentalen degenerativen Veränderungen sowohl zervikal als auch lumbal eine Einschränkung der Belastbarkeit für zumindest körperlich leichte bis mittel schwere , wechselbelastend oder

überwiegend sitzend ausgeübte Tätigkeiten und damit auch für die angestammte Büro­tätigkeit der Beschwerdeführerin in nach vollziehbarer Weise verneinte. Unter Hinweis auf das Fehlen von Rötungen, Schweissabnormitäten, einer Schwellung sowie Funktionsstörungen im Bereich der Hände verneinte der Gutachter ferner in begründeter Weise das Vorliegen von Anzeichen für ein CRPS (Urk. 6/200/133 unten).

Den sich MR-tomographisch in Bezug auf das rechte Handgelenk ergebenden Verdacht auf eine fokale Arrosion radiallyseitig am Köpfchen des Os metakarpale Digitus 3 mit subchondralem Knochenmarksödem (vgl. Urk. 6/200/195 unten, Urk. 6/200/196 Mitte) würdigte er sodann im Lichte der geklagten Schmerzen und gelangte

zum begründeten Schluss, dass dieser Befund die beidseitig beklagten Schmerzen hinsichtlich Schmerzcharakter und -intensität nicht ausreichend erkläre, was angesichts der unauffälligen

Bildgebung der linken Hand (vgl. Urk. 6/200/195 unten)

einleuchtet.

E. 2.5

und Ziff. 3.4). 4. 3 4.3.1

Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, das

A.____-Gutachten sei nicht beweismässig (Urk. 1 S. 7 f.

Ziff. 3.2 -4, Urk. 8 S. 2 Ziff. 2 und S. 3 unten),

verfälschten ihre Argumente nicht:

Dass der – unvollständig zu den Akten genommene – Bericht des Neurologen Dr. U.____

vom 12. Februar 2018 (Urk. 6/82/10-11) nicht in der chronologischen

Aktenzusammenfassung (Urk. 6/200/34-49) erscheint, ist dem Beweiswert des Gutachtens nicht abträglich, zumal die Beschwerdeführerin nicht geltend machte und aus den weiteren neurologischen Berichten

auch nicht ersichtlich wird, dass Dr. U.____ eine massgebliche organ-neurologische Pathologie objektiviert hätte. Die übrigen neurologischen Vorakten, darunter Berichte des behandelnden Neurologen Dr. H.____

sowie ein Bericht von Dr. med. V.____, Fachärztin für Neurologie sowie Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. März 2019 (Urk. 6/82/17-20), wurden sodann im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung punktuell – soweit aus gutachterlicher Sicht erforderlich – gewürdigt (Urk. 6/200/5, Urk. 6/200/8 ff., Urk. 6/200/14 unten), und die Beschwerdeführerin

legte nicht dar, inwiefern sich die gutachterliche Beurteilung nicht mit den neurologischen Vorakten vereinbaren lassen soll. Abgesehen davon bestätigte

der behandelnde Neurologe Dr. H.____ im Bericht vom 14. April 2022 (vorstehend E.

3.2.3) explizit, dass ausser einem Status nach Operation der Nervi ulnari keine

neurologischen Befunde objektivierbar seien. Kein Mangel ist ferner im Umstand zu

erblicken, dass die Gutachter im Zeitpunkt der Gutachtens erstattung keine Kenntnis des

erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichts von Prof. O.____ vom 3

0. Mai 2018 (vorstehend E. 3.4.4) hatten . Die

Ergebnisse der von Dr. O.____

gewürdigten Bildgebungen aus den Jahren 2016 und 2018 lagen auch den Gutachtern vor (vgl. Urk. 6/3/3, Urk. 6/3/9, Urk. 6/74/5) und flossen damit in ihre Beurteilung ein. Soweit Prof. O.____ eine progrediente, am ehesten posttraumatische Myelonschädigung postulierte, ist festzuhalten, dass die Wirbelsäulen- und Neurochirurgen der Klinik W.____

im Oktober 2018 eine eingehende elektrophysiologische Untersuchung zur Diagnostik einer zervikalen Myelopathie in die Wege geleitet hatten (vgl. Urk. 6/74/5 Mitte) , eine solche sich aber

offensichtlich nicht bestätigten liess .

Denn in seinem Bericht vom 12. Juni 2019 (Urk. 6/91/1-3) führte Dr. H.____ aus, klinisch und MR tomographisch fänden sich unter Berücksichtigung auch der normalen Tibialis-SEP und der bereits in der Klinik W.____ normal motorisch evozierten Potenziale keine Hinweise für eine zervikale oder thorakale Myelopathie, insbesondere nicht für eine symptomatische Radikulopathie C6 oder C7

(S. 3 Mitte). Auch im Rahmen der neurologischen Begutachtung ergaben sich keine Hinweise auf eine Rückenmarksläsion (vgl. vorstehend E. 3.1.3). Der Bericht des Allgemeinmediziners Dr. P.____

vom 26. Juni 2018 (vorstehend E. 3.4.5) ,

in welchem dieser eine «polydisziplinäre Evaluation der gesundheitlichen Probleme» vornahm, erweist sich sodann als von vornherein nicht geeignet, die interdisziplinäre gutachterliche Beurteilung in Frage zu stellen, sodass es nicht schadet, dass er den Gutachtern nicht vorlag. Abgesehen davon hatten die Gutachter Kenntnis vom Bericht von Dr. P.____ vom 30. Januar 2018 (Urk. 6/48) und würdigten diesen im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Urk. 6/200/6-7). 4.3.2

Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, das Gutachten hätte um eine neuropsychologische Abklärung ergänzt werden müssen (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 3.3), kann auf die Ausführungen in E. 4.2.4

verwiesen werden. 4.3.3

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 8 Ziff. 3.4) war den Gutachtern das Tätigkeitsprofil ihrer angestammten beziehungsweise zuletzt ausgeübten Tätigkeit hinreichend bekannt, hatte sie doch nicht zuletzt im Fragebogen zur Begutachtung ausführliche Angaben dazu gemacht (Urk. 16/1 S. 8 f.) . Dass der orthopädische Gutachter die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als optimal angepasst erachtete, ist vor dem Hintergrund der Angaben der Beschwerdeführerin auf S. 9 oben des Fragebogens nicht zu beanstanden.

Der psychiatrische Gutachter würdigte die durch ihn erhobene , lediglich leichtgradige depressive Symptomatik sodann

im Lichte der zu erfragenden Ressourcen in Form von sozialer Einbindung, Alltagsselbständigkeit, Fähigkeit zur Selbstversorgung inklusive des Haltens von Haustieren und der Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln (vgl. Urk. 6/200/157 unten, Urk.6/200/158 oben, Urk. 16/1 S. 7 oben). Gleichzeitig wies er auch darauf hin, dass sich für das eingenommene Antidepressivum Duloxetine kein wirksamer Serumspiegel finde , w

as die Gutachter
in der interdisziplinären Beurteilung zutreffend als
gegen einen erheblichen Leidensdruck sprechendes Indiz
werteten (vgl. vorstehend E. 3.1.1).

Im Gutachten findet sich damit eine nachvollziehbare Begründung dafür, weshalb die lediglich leichtgradige depressive Störung als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit beurteilt wurde. Bei fehlenden Anhaltspunkten für eine Chronifizierung sowie für das Vorliegen von Komorbiditäten ist vor diesem Hintergrund auch von der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 abzusehen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3 sowie Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

4.4.4.1

Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und welche – wovon nach dem Gesagten für das vorliegende A.____-Gutachten auszugehen ist – den Anforderungen der Rechtsprechung genügen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4). Solche konkreten Indizien ergeben sich weder aus den im Einspracheverfahren eingereichten Berichten (vgl. dazu vorstehend E. 4.2) noch aus den von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichten

(vorstehend E. 3.4.2-8), wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen. 4.4.2

Hinsichtlich der Berichte von Prof. O.____ vom 30. Mai 2018 (vorstehend E. 3.4.3) sowie des Berichts von Dr. P.____ vom 26. Juni 2018 (vorstehend E. 3.4.5) kann auf die Ausführungen in E. 4.3.1 verwiesen werden. 4.4.3

Der Bericht der Ärzte des Spitals M.____ vom 11. April 2017 (vorstehend E. 3.4.2) stützt die gutachterliche Beurteilung, wonach

hinsichtlich des Kopfanpralls vom 6. April 2017 nicht von einem erlittenen Schädel-Hirn-Trauma

auszugehen ist und weder die geklagte Kopfschmerzsymptomatik noch die geltend gemachten kognitiven Defizite mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als damit in Zusammenhang stehend zu beurteilen sind (vgl. dazu vorstehend E. 4.1.3-4). Soweit die Ärzte des Instituts für Notfallmedizin des Universitätsspitals N.____ im Bericht vom 15. April 2017 (vorstehend E. 3.4.3) die Beschwerden der Beschwerdeführerin im Rahmen eines postkommotionellen Syndroms bei Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma vom 6. April 2017 interpretierten, ist festzuhalten, dass dieser Bericht jegliche Angaben zum Unfallhergang vermissen lässt und die Ärzte offenbar auch keine Kenntnis des Berichts der erstbehandelnden Ärzte des Spitals M.____ hatten. Aus dem Bericht der Notfallmediziner des Universitätsspitals N.____

lässt sich daher nichts Gunsten der Beschwerdeführerin ableiten, zumal auch die von den Notfallmedizinerinnen veranlasste Bildgebung des Neurocraniums und der HWS keine Anhaltspunkte für traumatische Läsionen ergab. 4.4.4

PD Dr. R.____ beschrieb in ihrem Bericht vom 21. Juni 2022 (vorstehend E.

3.4.7) einen grossmehrheitlich unauffälligen neurologischen Befund (vgl.

Urk. 9/6 S. 2 Mitte, S. 4 f.). Einzig in der elektromyographischen Untersuchung der unteren Extremitäten ergaben sich Anhaltspunkte für eine linksseitige Radikulopathie L3/4 sowie leichtgradige chronische Denervationszeichen (Urk. 9/6 S. 2 unten, S. 5 Mitte). Auch wenn sich damit im Vergleich zur gutachterlich-neurologischen Untersuchung nunmehr ein Anhaltspunkt für einen objektivierbaren Befund zu ergeben scheint,

reicht dies nicht aus, um die gutachterlichen Schlussfolgerungen hinsichtlich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ernsthaft in Zweifel zu ziehen. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass PD Dr. R.____ den neurophysiologischen Befund im Rahmen ihrer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung gar nicht aufgriff. Die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % bis 40 % begründete sie vielmehr mit dem Bestehen einer bewegungsabhängig instabilen Olisthese L3/4 unter gleichzeitigem Einbezug einer chronischen Schmerzbelastung und dadurch bedingte reduzierte psychophysische Belastbarkeit sowie kognitiver Störungen. Damit aber

bewegt sie sich nicht nur ausserhalb ihres Fachgebiets, sondern berücksichtigt überdies auch subjektive Beschwerdeangaben. Abgesehen davon führte Dr. R.____ die von der Beschwerdeführerin beklagte Symptomatik nur vermutungsweise («könnten zurückzuführen sein [...]» ; Urk. 9/5 S. 2 unten) auf die Olisthese L3/4 zurück.

Einsichere Beleg dafür ergab sich in der neurologischen Untersuchung demnach nicht und es wurde auch nicht dargetan, dass, beziehungsweise wie, dieser Nachweis erbracht werden könnte.

Bei dieser Sachlage ist in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 134 I 140 E. 5.3) sowohl von der beschwerdeweise beantragten Rückweisung als auch der mit Eingabe vom 27. Juli 2022 (Urk. 8) beantragten Einholung eines Gerichtsgutachtes abzusehen. 4.4.5

Soweit PD Dr. Q.____

der Beschwerdeführerin aus wirbelsäulen-orthopädischer Sicht aufgrund der mechanischen Instabilität im Bereich der LWS sowie der degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS pauschal eine um 20% eingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestierte, fehlt es an einer Bezugnahme auf ein Belastungsprofil beziehungsweise ist nicht erkennbar, weshalb seine Einschätzung auch für eine von den Gutachtern als zumutbar erachtete körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübte Tätigkeit gelten soll. 4.5

Zusammenfassend kann der Sachverhalt gestützt auf das als beweiswertig zu erachtende A.____-Gutachten als dahingehend erstellt erachtet werden, dass bei der Beschwerdeführerin keine Gesundheitsbeeinträchtigung besteht, die hinsichtlich einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit

und damit auch ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit objektivierbare

funktionelle Einschränkungen zu begründen vermöchte. Abgesehen von der Nervus

Ulnaris-Problemematik, welche r

im Mai und Dezember 2020

mit Erfolg operativ begegnet werden konnte, waren

rückblickend zu keinem Zeitpunkt objektive Befunde erhebbar, welche die von der Beschwerdeführerin geklagte Symptomatik erklären. Dies wird nicht zuletzt durch die Feststellung der Ärzte der Klinik W.____, Sportmedizin, im Bericht vom 12. Mai

2020 (Urk. 6/120/1-3) untermauert, wonach die durchgeführten ausführlichen Abklärungen keinen Nachweis von korrelierenden, strukturellen Veränderungen ergeben hätten (S. 2 unten). 4.6

Rückblickend erachteten die Gutachter eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in nachvollziehbarer Weise einzig im Zusammenhang mit der bilateralen Dekompression der Nervi ulnari

als überwiegend wahrscheinlich, dies im Zeitraum der Akutbehandlung und der Rekonvaleszenz (vgl. Urk. 6/200/137 Mitte). Daraus resultiert jedoch keine Invalidität im Sinne einer bleibenden oder längere Zeit dauernden ganzen oder teilweisen Erwerbsunfähigkeit

gemäss

Art. 8 Abs. 1 ATSG. Im Zusammenhang mit der Operation vom Mai 2020 war der Beschwerdeführerin seitens des Universitätsspitals N.____, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, denn auch lediglich für die Zeit vom 18. Mai bis 14. Juni 2020 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (Urk. 6/118). Abgesehen davon waren die ab dem Jahr 2016 zunächst vornehmlich durch die

Ärzte der

Klinik W.____ (vgl. etwa Urk. 6/19/7, Urk. 6/23

Ziff. 7) und hernach grossmehrheitlich durch den Hausarzt Dr. J.____ (vgl. Urk. 6/92, Urk. 6/102, Urk. 6/104, Urk. 6/110, Urk. 6/122, Urk. 6/127, Urk. 6/144, Urk. 6/158, Urk. 6/161, Urk. 6/164, Urk. 6/181, Urk. 6/183, Urk. 6/192) attestierten Arbeitsunfähigkeiten

zu keinem Zeitpunkt durch objektive Befunde begründet.

Soweit Dr. med. XA.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der Beschwerdeführerin im Bericht vom 3. August 2018 (Urk. 8/65) für die Zeit von Oktober 2017 bis März 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte, vermag dies ebenfalls keine Invalidität zu begründen, zumal es sich bei der von Dr. XA.____ angeführten Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) medizinisch gesehen per definitionem um ein zeitlich begrenztes Phänomen handelt, weshalb sie als langdauernde und damit potentiell invalidisierende Krankheit ausser Betracht fällt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_87/2017 vom 16. März 2017). Damit im Einklang stehend berichtete Dr. XA.____ denn auch, dass die Symptome der

Anpassungsstörung im Verlauf der Behandlung abgeklungen seien. Hinsichtlich der weiteren von ihm genannten und nicht weiter begründeten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) kann schliesslich auf die Ausführungen in E. 4.2.6

verwiesen werden.

Vor diesem Hintergrund erübrigen sich Weiterungen hinsichtlich der Ausführungen der Beschwerdeführerin zum Beginn der Arbeitsfähigkeit und zum Zeitpunkt der Anmeldung (

Urk. 1 S. 9 ff. Ziff. 4.1-5) . 4.7

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu Recht verneint. Die Beschwerde ist daher abzuweisen . 5.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokat Stephan Müller -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrBarblan

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

oben).

Die aktenkundigen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit seien widersprüchlich und es lägen Hinweise für eine Symptomausweitung vor. Eine erhebliche funktionelle Beeinträchtigung sei aus gutachterlicher Sicht nicht belegt. Die neuropsychologische Testdiagnostik (vom 29. Januar 2020, vgl.

S. 168 unten) belege lediglich leichtgradige Beeinträchtigungen, wobei eine Beschwerdevalidierung nicht zu erkennen sei. Zumindest eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit werde für möglich gehalten (S. 16

E. 9

Mitte). Eine invalidisierende psychiatrische Störung sei nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit in den Akten dokumentiert (S. 169 unten). 3.2.3.2.1

Nachdem die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin gestützt auf das A.____-Gutachten mit Vorbescheid vom 10. März 2022 (Urk. 6/220) die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt hatte,

reichte die Beschwerdeführerin mit Einwand vom 21. April 2022 (Urk. 6/228) sowie Nachtrag vom 26. April 2022 (Urk. 6/232) die folgenden

ärztlichen Berichte und Stellungnahmen zum A.____-Gutachten ein : 3.2. 2

Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Bericht vom 23. März 2022 (Urk. 6/227/6-7) aus, die Schmerzproblematik stehe bei der Beschwerdeführerin weiterhin beziehungsweise auch zunehmend im Vordergrund, wobei durchaus auch organische Genesen beziehungsweise in Abklärung seien. Weiter seien verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren, Konflikte und Zukunftsängste vorhanden. Es sei weiterhin von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; S. 1 Mitte) auszugehen, wobei sich die depressive Komponente unter Behandlung mit Duloxetin 90mg/d in wechselnder Intensität und Ausprägung, auch in Abhängigkeit von der körperlichen Problematik, zeige (S. 2) . 3. 2 . 3

Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, führte in seiner Stellungnahme vom 14. April 2022 (Urk. 6/227 /1-2) aus, er gehe mit dem neurologischen Gutachter grundsätzlich einig, dass ausser einem Status nach Operation des Nervus

ulnaris rechts und links keine neurologischen Befunde objektivierbar seien. Trotzdem leide die Beschwerdeführerin an Beschwerden, welche ihre Lebensqualität und aus seiner Sicht auch die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigten

(S. 1 Mitte). In der neuropsychologischen Untersuchung vom 29. Januar 2020 sei formal eine leichte kognitive Störung diagnostiziert worden, weshalb ein Einsatz im bisherigen Arbeitsbereich als Projektleiterin im mittleren/höheren Kader per se ausgeschlossen sei. Dieser Befund sei im neurologischen Teil des Gutachtens nicht gewürdigt worden. Insgesamt bestünden keine Zweifel daran, dass die Beschwerdeführerin zusätzlich zu den somatischen an multiplen und fluktuierenden psychosomatischen und autonomen Beschwerden leide. Trotzdem seien die funktionellen Beeinträchtigungen und die Beschwerden für die Beschwerdeführerin real. Ein Arbeitseinsatz in einem 100 %-Pensum ohne jegliche Einschränkungen sei völlig unrealistisch (S. 1 unten). Bei den aktuellen Befunden erachte er eine Beschäftigung im Rahmen eines kleinen Teilzeitpensums im Rahmen eines geschützten Arbeitsplatzes als möglich (S. 2 unten). 3. 2 . 4

Dr. med. univ. I.____, Facharzt für Anästhesiologie, Praxis XB.____,

führte in seiner Stellungnahme vom 14. April 2022 (Urk. 6 /227/3-5) aus, trotz bildgebend objektivierter Pathologien werde der Beschwerdeführerin im A.____-Gutachten das Vorliegen von orthopädisch-neurologischen Beschwerden abgesprochen (S. 1 Mitte). Es werde auch überhaupt nicht auf die Summation der Beschwerden und die damit verbundenen Probleme für den Beruf eingegangen. Auch nicht darauf, dass bereits eine Operationsindikation der Halswirbelsäule (HWS) diskutiert worden sei (S. 1 unten). Dass die angeführten Befunde als nicht relevant für die angestammte Arbeit bewertet würden, sei nicht nachvollziehbar. Entgegen der Feststellung im Gutachten gebe die Beschwerdeführerin ständig zu Protokoll, dass ihre Aktivität erheblich limitiert sei (S. 2 oben). Sodann habe kein Gutachter die Beschwerdeführerin unter Realbedingungen arbeiten lassen und nach einer oder mehreren Stunden Belastungen die Beschwerden oder

die von der Beschwerdeführerin angegebenen Veränderungen der Hände, welche er auch schon habe beobachten können, überprüft (S. 2 Mitte). Er teile die gutachterliche Einschätzung betreffend Arbeitsfähigkeit nicht

(S. 2 unten). Ihm scheine nur ein reduziertes Arbeitspensum realistisch zu sein (S. 3 Mitte).
3.2. 5

Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seiner Stellungnahme vom 19. April 2022 (Urk. 6/227/8) aus, grundsätzlich müsse er dem Gutachten zustimmen. Ungünstig sei, dass der Orthopäde und der Neurologe kein organisches Korrelat für die geschilderten Beschwerden hätten finden können. Er denke, es liege eine chronifizierte somatoforme Schmerzstörung mit psychischer Komponente vor. Um die kognitiven Defizite zu objektivieren, müsste das Gutachten

unbedingt um eine neuropsychologische Beurteilung ergänzt werden. Die von den Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit sei seiner Einschätzung nach zu hoch. Bei einer chronifizierten somatoformen Schmerzstörung mit psychischer Komponente sei die Rückkehr zur Arbeit üblicherweise erschwert bis unmöglich. Bei günstigem Verlauf gehe er von einer Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % aus. 3.2. 6

Dr.

K.____, Chiropraktor,

bemängelte in seiner Stellungnahme vom 21. April 2022 (Urk. 6/231), dass der neurologische Gutachter ignoriere, dass eine ständige neurale schmerzhaft stimulierte Stimulation der Ulnarisnerven während der Dauer von 13 Jahren Spuren hinterlasse, dies durch einen Adaptionsprozess in den Gehirnstrukturen. Mit der lokalen Lösung der beidseitigen Kompression der Ulnarisnerven seien die Folgen des Adaptionsprozesses im Gehirn nicht gelöst (S.

3 oben). Des Weiteren würden die vier von der Beschwerdeführerin erlittenen Gehirnerschütterungen nicht berücksichtigt respektive in der Bedeutung als vernachlässigbar dargestellt. Heute sei bekannt, dass beim Vorliegen mehrerer Gehirnerschütterungen die Gehirnfunktion bleibend gestört werde und gar eine chronische Arbeitsunfähigkeit entstehen könne (S. 3 Mitte). Die Beschwerdeführerin erfülle mehrere – im Einzelnen angeführte – Faktoren, welche einem postkommotionellen Syndrom entsprächen (S. 3 unten). Das orthopädische Gutachten sei sodann diskrepant zu seinen eigenen Untersuchungen. Seit dem 23. November 2018 habe er die Beschwerdeführerin regelmässig gesehen und nicht ein einziges Mal habe sie im Bereich der HWS keine Druckdolenz angegeben und habe er den Eindruck gehabt, die Beweglichkeit der HWS sei in allen Ebenen frei. Die Beweglichkeit sei auch mit Blick auf die im Gutachten angegebenen Messwerte klar als eingeschränkt zu beurteilen,

insbesondere die Flexion. Dass der Untersuchung der LWS unauffällig ausgefallen sei, sei darauf zurückzuführen, dass die Beschwerdeführerin im Juli 2021 eine Infiltration mit Kortison im Bereich L3/4 benötigt habe, welche vorübergehend zu einer Verbesserung geführt habe. Heute leide sie aber wieder akut unter stark einschränkenden LWS-Schmerzen und sei aus seiner Sicht deswegen zu 75 % arbeitsunfähig. Der orthopädische Gutachter habe ferner die MRI-Aufnahmen der HWS, Brustwirbelsäule (BWS) und LWS wie auch der Handgelenke beidseits offensichtlich nicht interpretiert und schlicht den Befund des Radiologen kopiert (S. 4 unten).

Die Schlussfolgerungen der Gutachter würden jenen der behandelnden Ärzte diametral widersprechen

(S.

5 unten). Da die permanente Arbeitsunfähigkeit mit grosser Wahrscheinlichkeit aufgrund des Kopfanpralls an einer Brandschutztüre zu begründen sei, müsse unter Berücksichtigung von drei weiteren vorausgegangenen Gehirnerschütterungen davon ausgegangen werden, dass die persistierende Arbeitsunfähigkeit in einem postkommotionellen Syndrom begründet sei (S. 6 oben). Die Beschwerdeführerin werde kaum mehr arbeiten können (S. 6 unten). Ihre Kapazität sei nicht höher als 20 % bis 30 % . Bei positiver Entwicklung sei es ihr mit viel Hoffnung vielleicht möglich, wieder zu 50 % zu arbeiten (S. 7 oben). 3.3

Der RAD-Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, führte in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2022 (Urk. 6/235 S. 2 -3) aus, die eingereichten Berichte und Stellungnahmen (vorstehend E. 3.2.2-6) enthielten keine neuen Diagnosen oder Befunde. Im Vordergrund stehe unverändert das Ganzkörperschmerzsyndrom. Dr. H.____ (vorstehend E. 3.2.3) bestätige die objektiverbaren neurologischen Befunde des Gutachtens und lasse sodann fachfremd psychosomatische und neuropsychologische Befunde einfließen. Zudem lasse er sämtliche Hinweise auf Aggravationen und Inkonsistenzen unberücksichtigt und stelle auf die Selbstdarstellung der Beschwerdeführerin ab. Dr. I.____ (vorstehend E. 3.2.4) spekuliere fachfremd über muskuloskelettale Veränderungen in der Bildgebung. Diese würden im Gutachten anerkannt, mit den klinischen Befunden korreliert und entsprechend gewürdigt (S. 2 unten). Dr. G.____ (vorstehend E. 3.

E. 10

F45.1) im Vordergrund des klinischen Bildes seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen stehen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn (vgl. die unter www.icd-code.de abrufbaren Diagnosekriterien).

Abgesehen davon, dass hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen nach dem Gesagten (vorstehend E. 4.1.3) gerade nicht belegt ist, dass diese ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben, wies der psychiatrische Gutachter zutreffend darauf hin, dass Dr. G.____ nicht ausführte, welche psychischen Faktoren die Schmerzstörung begründen (oder vielmehr: aufrechterhalten) sollen (Urk. 6/200/165 Mitte). Angesichts

dieser diagnostischen Unzulänglichkeiten kann gestützt auf die Berichte von Dr. G.____ eine die Leistungsfähigkeit einschränkende psychische Gesundheitsbeeinträchtigung nicht als ausgewiesene gelten, zumal Dr. G.____ bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit offensichtlich auch somatische Diagnosen einfließen liess (vgl.

Urk. 6/166 Ziff.

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