

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00446 vom 7. Februar 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00446](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00446)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00446 du 7 février 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00446 del 7 febbraio 2023

## **Erwägungen**

### **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, KS 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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. 1.4**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung sind auch bei rückwirkender Zuschuldung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

#### **E. 1.5**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.6**

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomenfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_127/2022 vom 8. Juli 2022 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestiche Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_136/2021 vom 7. April 2022 E. 6.1.2, 8C\_663/2021 vom 9. Februar 2022 E. 5.6.5 und 8C\_534/2021 vom 18. November 2021 E. 4.1, je mit Hinweisen).

### **E. 1.7**

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C\_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3). In einer versicherungsmmedizinischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, ist es daher nicht nur zulässig, sondern sogar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C\_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1).

### **E. 1.8**

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.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 29. August 2022 Beschwerde gegen die Verfügung vom 24. Juni 2022 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, es sei eine weitere Abklärung vorzunehmen, und es sei hernach über ihren Leistungsanspruch neu zu entscheiden, eventuell sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen und neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 4. November 2022 (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) insbesondere gestützt auf das zuhanden der Unfallversicherung Swica erstellte polydisziplinäre

Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. April 2021 (Urk. 7/197) davon aus, dass die Beschwerdeführerin seit März 2016 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Nach Ablauf der Wartefrist am 1. März 2017 sei sie in angepasster leichter, selten leicht bis mittelschwerer Tätigkeit mit vermehrtem Sitzen ohne Zwangshaltungen für das rechte Kniegelenk zu 50 % arbeitsfähig gewesen. Gestützt auf statistische Werte ergebe sich im Jahr 2017 bei einem Valideneinkommen von Fr. 56'394.60 und einem Invalideneinkommen von Fr. 27'399.75 ein Invaliditätsgrad von 51 %.

Der Gesundheitszustand habe sich vom 10. Januar bis 31. März 2018 verschlechtert, was weniger als 3 Monate und deshalb nicht zu berücksichtigen sei. Ab dem 24. September 2018 sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, weshalb der Rentenanspruch drei Monate später per 31. Dezember 2018 ende. Vom 28. März bis 28. Juni 2019 habe sich der Gesundheitszustand noch einmal für lediglich drei Monate verschlechtert, weshalb der Rentenanspruch nicht noch mals auflebe.

Auf das zuhanden der Unfallversicherung erstellte Gutachten könne abgestellt werden. Der Bericht des behandelnden med. pract. A.\_\_\_\_ vom 1. September 2021 liefere keine neuen oder unberücksichtigten medizinischen Fakten. Es handle sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts. Die Forderung nach einer ganzheitlichen Betrachtung der gesundheitlichen Situation werde gerade durch das polydisziplinäre Gutachten erfüllt.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), das

Z.\_\_\_\_-Gutachten erfülle die Voraussetzungen an einen beweiskräftigen Bericht nicht (S. 3 Ziff. 2 f.). Dies gelte insbesondere für das psychiatrische Teilgutachten von Dr. B.\_\_\_\_ (S. 3 Ziff. 4). Gemäss dem behandelnden Psychiater med. pract. A.\_\_\_\_ wäre die Erhebung einer Fremdanamnese notwendig gewesen. Dass diese fehle, sei ein wesentlicher formaler Fehler. Weiter fehle eine ganzheitliche Betrachtung der Krankengeschichte (S. 3 f. Ziff. 5).

Gemäss med. pract. A.\_\_\_\_ liege ein Status nach Anpassungsstörung mit der Folgediagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie der Verdachtsdiagnose einer bereits vorhandenen Persönlichkeitsänderung vor (S. 4 Ziff. 6).

Schliesslich weise med. pract. A.\_\_\_\_ darauf hin, dass bei psychoreaktiven Reaktionen nicht mit Medikamenten therapiert werden solle, weshalb es an der Sache vorbeigehe und das Bestehen einer relevanten gesundheitlichen Einschränkung aus psychiatrischer Sicht nicht in Frage zu stellen vermöge, wenn Dr. B.\_\_\_\_ hervorhebe, es finde keine psychopharmakologische Behandlung statt (S. 4 Ziff. 7).

Die Einschätzung, dass sie lediglich normal-psychologische Reaktionen zeige, sei nicht im Ansatz nachvollziehbar. Dr. B.\_\_\_\_ bagatellisiere ihren schlechten psychischen Zustand und lege diesen auch nicht vollständig dar (S. 4 Ziff. 9). Dr. B.\_\_\_\_ müsse aber immerhin konstatieren, dass der Affekt gedrückt sei, dass sie immer wieder über weite Strecken weinen müsse, dass sich eine deutliche Verbitterung, Grübelneigung, Depressivität, verminderte psychomentele Ausdauer und Belastbarkeit sowie erhöhte Ermüdbarkeit zeige. Er erwähne auch wiederkehrende Albträume. Inwieweit es sich hier um eine normal-psychologische Reaktion handeln und weshalb dies einen Befund mit Krankheitswert ausschliessen solle, werde nicht im Ansatz deutlich (S. 4 f. Ziff. 10). Dr. B.\_\_\_\_ vermöge nicht darzulegen, weshalb die schlechte psychische Verfassung lediglich eine direkte Folge der beschriebenen Situation sei, welche mit der Verbesserung dieser Situation ohne Weiteres wieder verschwinden würde. Für eine zutreffende und nachvollziehbare medizinische Einordnung der bestehenden Beschwerden bedürfe es einer gesamtheitlichen Betrachtung der Krankengeschichte unter Einbezug körperlicher, kognitiver, emotionaler und biosozialer Aspekte. Dass sich der psychische Zustand unter Einbezug all dieser Aspekte zu einem Befund mit Krankheitswert verdichten könne, könne jedenfalls nicht ohne weitere Begründung ausgeschlossen werden (S. 5 Ziff. 11).

Widersprüchlich sei, dass Dr. B.\_\_\_\_ schreibe, ein unmittelbares soziales Umfeld gebe es nicht, und demgegenüber ausführe, die Unterstützung durch die Familie gelte als interpersonelle Ressource. Das Zusammenleben mit einem Kleinkind lediglich als Ressource darzustellen, verkürze sodann die sich hier stellenden Herausforderungen auf unzulässige Weise (S. 6 Ziff. 13). Ungereimt sei, dass Dr. B.\_\_\_\_ zwar das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose verneine, sich aber dennoch für eine «Fortsetzung der psychotherapeutischen Begleitung im supportiven Sinne» ausspreche. Der schlechte Zustand halte seit Jahren an und belaste sie sehr. Auch hier zeige sich, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht auf einer gesamthaften, den mehrjährigen Verlauf gebührend berücksichtigenden Einordnung der Situation beruhe (S. 6 f. Ziff. 14).

Nachdem dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten kein genügender Beweiswert zukomme, sei ein weiteres Gutachten einzuholen (S. 7 Ziff. 16).

### **E. 2.3**

Unbestritten und ausgewiesen ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes infolge des Unfalles vom 8. April 2015 sowie der Ablauf der einjährigen Wartefrist im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 1.3) per 1. März 2017.

Strittig ist die Dauer und die Höhe des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin. Zu prüfen ist insbesondere, ob auf das psychiatrische Teilgutachten und damit auf das polydisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 20. April 2021 (Urk. 7/197) abgestellt werden kann. 3.

Die Verfügung vom 24. Februar 2011 (Urk. 7/45; Urk. 7/48) beruhte im Wesentlichen auf der

bidisziplinären psychiatrisch-rheumatologischen Begutachtung durch die Ärzte der C.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2010 (Urk. 7/38). Sie nannten folgende, hier verkürzt wiedergegebenen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15 Ziff. 6.1.1): - chronisches zervikozephal und zervikospodylogenes Syndrom - Streckhaltungen der HWS - thorakospodylogenes Syndrom bei Status nach Heckkollision mit indirektem HWS-Distorsionstrauma am 3. April 2006 - Status nach dissoziativer Störung (ICD-10 F44.7) mit psychogenen Anfällen mit Bewusstseinsverlust und Tetraplegie, Sensibilitäts-

und Empfindungsstörungen

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Ziff. 6.1.2): - Persönlichkeit mit histrionischen Zügen - anhaltende Störung des Geruchs- und Geschmackssinns, am ehesten im Rahmen der dissoziativen Störung

Im Zusammenhang mit dem Autounfall im April 2006 sei eine dissoziative Störung aufgetreten. Über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren seien neben Bewusstseinsverlusten auch Tetraplegien und Sensibilitätsstörungen aufgetreten. Aufgrund der Schmerzen nach HWS-Distorsion und der dissoziativen Symptomatik sei die Arbeitsfähigkeit reduziert gewesen. Erschwerend sei nach den Erfahrungen in der Rehaklinik (sexuelle Belästigung, die zunächst nicht ernst genommen worden sei) eine Anpassungsstörung aufgetreten mit vor allem Angst, Anspannung, Gereiztheit und sozialem Rückzug. Mit dem Gelingen der Aufnahme einer befriedigenden beruflichen Tätigkeit sei es zu einer Abnahme der Häufigkeit und schliesslich zu einem Sistieren der psychogenen Anfälle gekommen (S. 10 f. Ziff. 5.1.4). Aus psychiatrischer Sicht sei seit dem Unfall von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von zirka 40 % auszugehen, seit etwa Oktober 2008 bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr (S. 11 Ziff. 5.1.5). Seit Herbst 2008 sei die Arbeitsfähigkeit weder aus rheumatologischen noch aus psychiatrischen Gründen eingeschränkt (S. 16 Ziff. 6.2). 4.

Betreffend die zweite IV-Anmeldung der Beschwerdeführerin vom 22. November 2012 (Urk. 7/56) liegt das psychiatrische Gutachten des Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet am 11. August 2013 zuhanden der Krankentaggeldversicherung Swica, in den Akten (Urk. 7/68/3-17). Dr. D.\_\_\_\_ nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 5.1) Restsymptome einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12 Ziff. 5.2) nannte er einen Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1).

Die Beschwerdeführerin habe bei E.\_\_\_\_ als Dekorateurin angefangen. Nach einer Woche sei sie zunehmend den starken Stimmungsschwankungen ihrer Chefin ausgesetzt gewesen. Es sei zu ausgeprägten Konflikten gekommen. Die Beschwerdeführerin habe diese Situation nicht mehr ausgehalten, und es sei ihr extrem schlecht gegangen (S. 6 Ziff. 2.2). Im Rahmen der aktuellen Begutachtung seien noch leicht depressive Symptome festgestellt worden (S. 9 f. Ziff. 4). Entgegen der Diagnose durch den behandelnden med. pract. A.\_\_\_\_ liege keine PTBS infolge des Unfalls von 2006 vor, es fehle an der aussergewöhnlichen Bedrohung sowie an den relevanten Symptomen (S. 10 unten Ziff. 4).

In der beruflichen Tätigkeit als Verkäuferin sei die Beschwerdeführerin noch für einen Zeitraum von 4 Wochen ab Begutachtungstermin 100 % arbeitsunfähig. Danach sei eine sofortige Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit mit einem Pensum von 100 % bei 100 % Leistung möglich (S. 13 Ziff. 6.8.a).

#### 5. 5.1

Seit der vorliegend zu prüfenden dritten IV-Anmeldung vom 28. Juni 2016 (Urk. 7/74) wurden im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte zu den Akten genommen: 5.2

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Operations-/Austrittsbericht vom 9. März 2016 (Urk. 7/76/18-21) folgende Diagnosen (S. 1) : - komplette, fehlverheilte vordere

## Kreuzbandruptur am femoralen Ansatz rechtes Kniegelenk - Hoffa Hypertrophie

Die Beschwerdeführerin habe sich am 8. April 2015 bei einem Sturz von einer Leiter ein Valgusaussenrotationstrauma des rechten Kniegelenkes zugezogen (S. 2 oben). Wegen zunehmender instabilitätsbedingter Beschwerden sowie zur Prophylaxe weiterer Schäden am Kniegelenk sei der Beschwerdeführerin eine vordere Kreuzband (VKB-)Ersatzplastik mit autologer Semitendinosussehne in arthroskopisch gestützter Technik angeboten worden (S. 2 Mitte). Die Operation sei am 7. März 2016 erfolgt (S. 1 Mitte).

Am 30. September 2016 (Urk. 7/84/1-5) berichtete Dr. F.\_\_\_\_, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin im Verkauf bei G.\_\_\_\_ bestehe bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei mit einer um zirka 50 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar, sobald die Schmerzen besser seien (Ziff. 1.7). Es könne nach der Geburt des Kindes mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit in einem Pensum von 50 % gerechnet werden (Ziff. 1.9).

Am 2. Dezember 2016 berichtete Dr. F.\_\_\_\_ (Urk. 7/87/129-130), die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage aufgrund der Schmerzen im rechten Knie bis auf Weiteres 100 % (S. 1 Ad. 1). Allenfalls sei eine rein sitzende Tätigkeit mit Pausen ab dem 1. Januar 2017 zu 50 % möglich (S. 2 Ziff. 1.3). 5.3

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte in seinem Bericht vom 21. Juni 2017 (Urk. 7/87/31-34) als Diagnose eine persistierende Schmerzsymptomatik Knie rechts, Differentialdiagnose (DD) Low Grade Infekt nach VKB-Plastik am 7. März 2016 (S. 1 Mitte). Es finde sich Magnetresonanz (MR-)tomografisch kein eindeutiges Korrelat für die diffusen Beschwerden (S. 2 oben). In ihrem angestammten Beruf sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 8.1). Für rein sitzende Tätigkeiten mit feinmotorischen oder administrativen Arbeiten sei die Beschwerdeführerin zu 20 % arbeitsunfähig, dies vor allem in Anbetracht der Dauerschmerzen, die auch ein längeres Sitzen nicht immer erlaubten. Es sollte eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit kurzen Stehpausen sein (S. 4 Ziff. 8.3). 5.4

Dr. F.\_\_\_\_ berichtete am 9. April 2018 (Urk. 7/93/2-6), am 10. Januar 2018 habe eine Re-Arthroskopie des rechten Kniegelenks wegen eines intraartikulären Zyklusyndroms und Narbenbildung stattgefunden (S. 1 Ziff. 1). Hauptsächlich stehe die schmerzhafte Weichteilproblematik am rechten Oberschenkel proximal im Sinne der Adduktoren-Insertionstendopathie und im Bereich der medialen Kniegelenkscapsel im Vordergrund (S. 2 Ziff. 2). Die bisherigen Tätigkeiten in der Funktion als Visual Merchandiser könnten der Beschwerdeführerin bei der ausgeprägten Schmerzhaftigkeit des rechten Beines, wofür es allerdings zum jetzigen Zeitpunkt keine morphologische Erklärung aus orthopädischer Sicht gebe, nicht zugemutet werden. Daher bestehe mindestens bis zur weiteren neurologischen und schmerzmedizinischen Untersuchung eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 4 Ziff. 6.1). In einer dem Leiden voll angepassten Tätigkeit, zum Beispiel in einer wechselbelastenden Tätigkeit, vornehmlich im Sitzen, sei der Beschwerdeführerin ab zirka 1. Juni 2018 eine Tätigkeit zu 50 % bei voller Leistungsfähigkeit zumutbar (S. 4 Ziff. 6.2). 5.5

Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ erstatteten am 24. September 2018 ihr bidisziplinäres orthopädisch-neurologisches Gutachten zuhanden der Unfallversicherung Swica (Urk. 7/109/3-45). Sie nannten keine nicht-unfallrelevanten Diagnosen (S. 13 unten).

Die durchgeführte VKB-Plastik habe einen guten Erfolg gezeitigt, da eine wesentliche Instabilität nicht zu erheben sei (S. 16 Ziff. 4). Die von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen seien aus orthopädisch-traumatologischer Sicht bei fehlenden Hinweisen für eine Muskelverschwächung

der unteren rechtsseitigen Extremität sowie seitengleicher Fussbeschwellung in ihrer Intensität nicht vollumfänglich nachzuvollziehen. Die angegebene Sensibilitätsstörung am gesamten rechten Unterschenkel und am rechten Fuss lasse sich aufgrund der anatomischen Gegebenheiten nach einer Arthroskopie nicht erklären. Am ehesten sei in Zusammenschau mit dem neurologischen Vorbefund von einer Läsion des Nervus

infrapatellaris auszugehen, die Sensibilitätsstörung erscheine funktionell/psychogen überlagert (S. 17 Ziff. 5). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 0 % (S. 19 Ziff. 9.1.a). Leichte wechselbelastende, vorwiegend sitzende vollschichtige Tätigkeiten unter Vermeidung von rechtsseitigen Kniezwangshaltungen, Zurücklegen von Gehstrecken über 10 Minuten sowie rezidivierendem Treppengehen und Steigen auf Leitern und Gerüste seien zu 100 % zumutbar (S. 20 Ziff. 9.3.a/c). 5.6

Dr. med. I.\_\_\_\_, leitender Arzt Orthopädie, Klinik J.\_\_\_\_, führte in seinem Bericht vom 7. November 2019 (Urk. 7/135/4) aus, die Situation sei weiterhin nicht klar fassbar. Eine Arbeitsfähigkeit sei derzeit nicht gegeben. Aus orthopädischer Sicht funktioniere das rechte Knie korrekt und zeige sich soweit stabil. In Absprache mit dem behandelnden Psychiater werde dieser vorerst den Lead übernehmen und die Beschwerdeführerin schmerztherapeutisch an eine entsprechende Fachstelle zuweisen. 5.7

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), empfahl in seiner Stellungnahme vom 19. November 2019 (Urk. 7/139 S. 6-8), den Beurteilungen des Z.\_\_\_\_-Gutachtens vom 24. September 2018 zu folgen (S. 6 unten). Die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit gemäss Belastungsprofil präsentiere sich wie folgt (S. 7 Mitte):

100 % vom 5. März bis 30. September 2016

50 % vom 1. Oktober 2016 bis 9. Januar 2018

100 % vom 10. Januar bis 31. März 2018

50 % vom 1. April bis 23. September 2018

0 % vom 24. September 2018 bis auf Weiteres

Trotz der von den Ärzten der Klinik J.\_\_\_\_ postulierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit könne kein objektiver Gesundheitszustand beschrieben werden, der nach der Begutachtung aufgetreten wäre oder von der Beurteilung bei der Begutachtung abweiche. Damit handle es sich um die unterschiedliche Beurteilung des gleichen Gesundheitszustandes durch einen behandelnden Arzt, dem die erforderliche Neutralität fehle (S. 7 f.).

5.8

5.8.1

Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ erstatten am 20. April 2021 zuhanden der Unfallversicherung Swica ihr polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Orthopädie/Traumatologie, Neurologie und Psychiatrie (Urk. 7/197). Als unfallrelevante Diagnose nannten sie – verkürzt wiedergegeben – eine chronische Arthralgie des rechten Kniegelenkes bei

fehlendem vorderen Kreuzband . Als nicht-unfallrelevante Diagnose nannten sie eine Ansatzendinopathie der rechten Adduktorensehnen am Os pubis (S. 3 Ziff. 3). 5.8.2

Unverändert würden von der Beschwerdeführerin Gefühlsstörungen am gesamten rechten Unterschenkel und rechten Fuss vorgetragen, die sich weiterhin keinem umschriebenen neurologischen Krankheitsbild zuordnen liessen (S. 5 Mitte Ziff. 4) .

Symptome, Beeinträchtigungen, Defizite oder Phänomene mit Krankheitswert lägen auf psychiatrischem Gebiet nicht vor, eine psychiatrische Diagnose könne daher nicht benannt werden (S. 5 Mitte Ziff. 4).

Auch wenn die von der Beschwerdeführerin angegebenen plötzlichen Instabilitäten des rechten Kniegelenkes im Rahmen der orthopädisch- traumatologischen Untersuchung nicht hätten objektiviert werden können, seien diese aufgrund des dokumentierten fehlenden vorderen Kreuzbandes nachvollziehbar. Die geringe Atrophie der rechten Ober- und Unterschenkelmuskulatur belege ebenfalls eine mässige Schonung des rechten Beines. Das Heben des rechten Beines mit Hilfe des linken Beines auf die Untersuchungsfläche, die massiv eingeschränkt demonstrierte Beweglichkeit der rechten Sprunggelenke inklusive 20° Spitzfussstellung, die im Laufen nicht mehr vorhanden gewesen sei, das Vorführen der Hocke nur bis 40°, die Beugung beider Kniegelenke sowie das schmerzbedingt nicht mögliche Vorführen der Gangvarianten mit dem rechten Bein würden jedoch als erhebliche Verdeutlichungstendenzen gewertet (S. 6 Ziff. 5). 5.8.3

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 0 % (S. 8 Ziff. 9.1.a). Körperlich leichte, selten leicht bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit vermehrtem Sitzen ohne Zwangshaltungen für das rechte Kniegelenk, Gehstrecken über 10 Minuten, häufiges Treppensteigen sowie Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten seien zu 100 % zumutbar (S. 9 Ziff. 9.3.a/c). 5.8. 4

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 7/197 S. 47-59) führte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, es gehe ihr in psychischer Hinsicht immer noch nicht gut. Sie habe viele psychische Probleme, gehe aber nicht von einer psychiatrischen Erkrankung aus (S. 48 Mitte Ziff. 3.1).

Zum Befund (S. 50-52 Ziff. 3) wurde unter anderem hinsichtlich Aufmerksamkeit festgehalten, die Beschwerdeführerin verfolge attent und durchgehend aufmerksam das gesamte Explorationsgeschehen. Im Verlauf der Exploration liessen Aufmerksamkeit, Ausdauer und Konzentrationsvermögen nicht nach. Stets könne sie sich auf die jeweiligen Gesprächsinhalte und – tempi angemessen ein- und umstellen (S. 51 Mitte). Das Kurz- und Langzeitgedächtnis seien im klinischen Befund nicht gestört. Die Beschwerdeführerin könne sich durchaus an Details in der Anamnese erinnern. Es gelinge ihr, Sachverhalte zeitlich korrekt in ein Zeit raster einzuordnen. Die von ihr berichteten Gedächtnisprobleme hätten teilweise im Rahmen der Exploration beobachtet werden können (Suche nach Worten, Begriffen und Daten; S. 51 unten). Die Willenskräfte seien durchaus strukturiert und zielgerichtet, Ambivalenz oder Ambitendenz

beständen nicht. Die Beschwerdeführerin könne Entscheidungen fällen und diese auch argumentativ vertreten. Sie sei in der Lage, Spannungsbögen aufzubauen und diese auch durchzuhalten. Die Antriebslage sei erhalten, eine Antriebsminderung oder – steigerung liege nicht vor. Die Psychomotorik sei durch das wiederholte Weinen und die anfangs

zitrige Stimme bestimmt, ansonsten zeige sie wenig Modulation (Gestik, Mimik; S. 52 oben). In der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit verfüge die Beschwerdeführerin über das gesamte Ausdrucksspektrum. Der Affekt sei gedrückt (Verbitterung). Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei nicht beeinträchtigt. Ein Interessensverlust liege ebenso wenig vor wie ein sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen. Die Beschwerdeführerin habe durchaus Interesse am Alltagsgeschehen und an Kontakten zu Familienangehörigen und Kollegen. Affektlabilität, Affektinkontinenz oder Parathymie fänden sich nicht. Sie weine sehr viel, Hinweise auf Suizidalität lägen nicht vor (S. 52 Mitte). Anamnestisch würden erhebliche Durchschlafstörungen angegeben (S. 52 unten).

Symptome, Beeinträchtigungen, Defizite oder Phänomene mit Krankheitswert lägen auf psychiatrischem Gebiet nicht vor. Eine psychiatrische Diagnose könne daher nicht benannt werden. Bei den vorgetragenen Beschwerden und den Auffälligkeiten im psychopathologischen Befund handle es sich um normal-psychologische Reaktionen vor dem Hintergrund ihrer erheblichen somatischen Probleme am Knie und der dadurch bedingten, ebenfalls erheblichen psychosozialen Folgen im privaten und beruflichen Leben. Es zeigten sich eine deutliche Verbitterung, Grübelneigung, Depressivität, verminderte psychomentele Ausdauer und Belastbarkeit sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit. Dieser Symptomkomplex lasse aber dennoch die Herleitung einer psychiatrischen Diagnose nicht zu. Eine Anpassungsstörung komme sechs Jahre nach dem Unfall nicht mehr in Betracht. Bemerkenswerterweise spreche auch der behandelnde Psychiater in seinem Arztbericht für die Taggeldversicherung vom 5. Januar 2021 von einem Status nach Anpassungsstörung im Verlaufe der Unfallgeschichte. Eine andere Diagnose aus dem depressiven Formenkreis komme auch nicht in Betracht. Bemerkenswerterweise finde auch keine psychopharmakologische Behandlung statt. Die Beschwerdeführerin selbst sehe sich auch nicht als psychisch krank, sondern als einen Menschen mit körperlichen Problemen und dadurch bedingten psychischen Beeinträchtigungen (S. 53 Ziff. 3).

Eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung finde statt, hierfür gebe es aber eher eine psychologische als eine psychiatrische Indikation. Diese sollte auch zur weiteren Unterstützung und Begleitung der Beschwerdeführerin in ihrer weiterhin schwierigen Lebensphase unbedingt fortgesetzt werden (S. 53 Ziff. A.a.ii.).

Ein Rückzug aus allen sozialen Bereichen liege nicht vor. Ein unmittelbares soziales Umfeld gebe es nicht. Die Unterstützung durch die Familie gelte als interpersonelle Ressource. Besonders positiv hervorzuheben sei das Zusammenleben mit dem Kleinkind (Aufgabe, Tagesstruktur, Hoffnung, Perspektive, Austausch von Gefühlen). Als weitere Ressource seien die Ausbildungen/Weiterbildungen der Beschwerdeführerin zu nennen. Die Trennungssituation und die Situation als alleinerziehende Mutter seien belastend.

Ungünstig seien auch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in relativ frühem Alter und die aktuell fehlende Perspektive. Die psychosozialen Belastungsfaktoren führten zu direkten negativen funktionellen Folgen, es handle sich daher um medizinisch nicht begründete Funktionsstörungen (S. 54 Ziff. A.iv.c.).

Die Problematik im rechten Knie stehe im Vordergrund. Diese habe zu erheblichen gesundheitlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen geführt. Diese wiederum erklärten die psychischen Beeinträchtigungen, bei denen es sich aber um normal-psychologische Reaktionen ohne Krankheitswert im engeren Sinne handle. Eine psychiatrische Diagnose sei daher nicht feststellbar. Psychiatrisch betrachtet betrage die

Arbeitsfähigkeit 100 % (S. 54 f. Ziff. 4 ).

Unabhängig davon, dass auf psychiatrischem Gebiet keine Diagnose feststellbar sei, sollte die psychotherapeutische Begleitung im supportiven Sinne unbedingt fortgesetzt werden, dies mindestens noch in diesem Jahr. Die Beschwerdeführerin sei noch psychisch instabil, hinsichtlich Tagesstruktur und Perspektivaufbau bedürfe sie professioneller Begleitung (S. 56 f. Ziff. 8). 5.9

RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ empfahl in seiner Stellungnahme vom 5. Mai 2021 (Urk. 7/211 S. 7-9), den Beurteilungen des Z.\_\_\_\_ -Gutachtens vom 20. April 2021 zu folgen (S. 7 Mitte). Bei unverändert beurteiltem Gesundheitszustand seit dem letzten Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 24. September 2018 könne die chronologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bei fehlenden Angaben im Gutachten von der letzten RAD-Stellungnahme übernommen werden. Zusätzlich werde aus versicherungsmedizinischer Sicht empfohlen, nach der letzten Operation am 28. März 2019 von einer dreimonatigen Rekonvaleszenz mit anschliessend voller Belastbarkeit in angepasster Tätigkeit gemäss dem Belastungsprofil auszugehen. Die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit präsentiere sich somit wie folgt (S. 7 f.):

100 % vom 5. März bis 30. September 2016

50 % vom 1. Oktober 2016 bis 9. Januar 2018

100 % vom 10. Januar bis 31. März 2018

50 % vom 1. April bis 23. September 2018

0 % vom 24. September 2018 bis 27. März 2019

100 % vom 28. März 2019 bis 28. Juni 2019

0 % vom 29. Juni 2019 bis auf Weiteres 5.10

Med. pract . A.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , beantwortete in seiner Stellungnahme vom 1. September 2021 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (Urk. 7/215) dessen Fragen. Dabei hielt er fest, in den verfloßenen 6 Jahren seit dem Unfall sei keine Lösung in Sicht. Die Befunde seien nach wie vor: Verlust der Gesundheit mit Folge einer Arbeits- und damit verbundenen Erwerbsunfähigkeit (S. 1 Ziff. 1). Aus dem Verlauf ergebe sich diagnostisch neu als Folge der Diagnose Status nach Anpassungsstörung eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung, die bereits zum Teil chronifiziert sei. Eingeschlossen sei auch eine Folgediagnose einer Persönlichkeitsveränderung (S. 2 Ziff. 1). Dies sei eine Verdachtsdiagnose (S. 2 Mitte Ziff. 2).

Betreffend das Z.\_\_\_\_ -Teilgutachten von Dr. B.\_\_\_\_ falle auf, dass trotz der langen Verlaufsgeschichte seit dem Unfall 2015 eine Fremdanamnese angeblich aus guter achterlicher Sicht nicht nötig sei. Seines Erachtens sei dies ein wesentlicher formaler Fehler, da zum Beispiel eine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten unterblieben sei. In dieselbe Richtung formal sei auch die angebliche Meinung des Gutachters hinsichtlich eines psychosomatischen Anteils der Krankheit. Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung der Krankengeschichte seien sowohl körperliche, kognitive, emotionale als auch biosoziale (gemeint wohl: biopsychosoziale Aspekte) einzubeziehen. Die formalen Anforderungen an eine Begutachtung seien daher nicht erfüllt. Es sei darauf hinzuweisen, dass leitliniengemäss bei psychoreaktiven Reaktionen nicht mit irgendwelchen Medikamenten

therapiert werden sollte, dies wegen der Gefahr der Chronifizierung (S. 2 Ziff. 2).

Die mutmasslichen Schlüsse unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» oder «Komittanz» seien in der vorliegenden Form nicht auf die Patientin zutreffend (S. 2 Ziff. 3).  
5.11

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dipl. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, RAD, führten in ihrer Stellungnahme vom 2. Februar 2022 (Urk. 7/218 S. 3) aus, keiner der vorliegenden Berichte ergebe einen Hinweis auf nicht berücksichtigte Erkrankungen oder Beeinträchtigungen. Insgesamt könne deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass alle wesentlichen gesundheitlichen Faktoren mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erfasst worden seien. Diese würden im orthopädischen und neurologischen

Gutachten umfassend dargestellt und bewertet.

Der psychiatrische Einwand liefere keine neuen oder unberücksichtigten medizinischen Fakten, sondern stelle eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts dar. Die Aussage, auf eine psychopharmakologische Medikation werde aus Sorge um eine Chronifizierung der Symptomatik verzichtet, sei angesichts der behaupteten Dauer und Schwere der psychischen Erkrankung nicht nachvollziehbar. Die Forderung einer ganzheitlichen Betrachtung von körperlichem und psychokognitivem Zustand werde gerade durch ein polydisziplinäres Gutachten erfüllt, während Psychiater A.\_\_\_\_ die somatischen Faktoren nur fachfremd beurteilen könne und überbewerte. Der Hinweis auf das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell sei aus Sicht des Behandlers verständlich, in der versicherungsmedizinischen Beurteilung stehe hingegen das bio-psychische Krankheitsmodell im Vordergrund.  
6.

## **E. 6**

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 10. November 2022 zur Kenntnis gebracht (Urk.

### **E. 6.1**

Das polydisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_

vom 20. April 2021 (E. 5.8) erfüllt die Voraussetzungen an einen beweiskräftigen Bericht (E. 1.8), weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. Gleiches gilt für das zuvor durch dieselbe Gutachtensstelle erstellte bidisziplinäre Gutachten vom 24. September 2018 (E. 5.5).

Die Beschwerdeführerin greift das Gutachten in somatischer Hinsicht denn auch nicht an. Ihre Kritik beschränkt sich auf das psychiatrische Teilgutachten des Dr. B.\_\_\_\_, speist sich zu einem Teil aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters med. pract. A.\_\_\_\_ vom 1. September 2021 (E. 5).

### **E. 6.2**

Med. pract. A.\_\_\_\_ bemängelte die fehlende Erhebung einer Fremdanamnese (E. 2.2; E. 5).

### **E. 6.3**

Was die von der Beschwerdeführerin vermisste ganzheitliche Betrachtung der Krankengeschichte anbelangt (E. 2.2), so wies RAD-Psychiater Dr. M.\_\_\_\_ zu Recht darauf

hin, diese Forderung sei gerade durch das polydisziplinäre Gutachten erfüllt worden (E. 5.11). Ebenfalls zuzustimmen ist Dr. M.\_\_\_\_ darin, dass in der versicherungsmedizinischen Beurteilung das bio-psychische und nicht das von med. pract . A.\_\_\_\_ als Behandler postulierte bio-psycho-soziale Krankheitsmodell im Vordergrund steht. Entsprechend sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die für die Annahme einer Invalidität erforderlichen verselbständigten psychiatrischen Befunde strikt von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheiden und sind soziale Belastungen bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (E. 1.7).

Genau dieser Forderung der Rechtsprechung kam Dr. B.\_\_\_\_ nach, indem er explizit und unmissverständlich festhielt, die psychosozialen Belastungsfaktoren – nämlich die Trennungssituation, die Situation als alleinerziehende Mutter, das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in relativ frühem Alter und die aktuell fehlende Perspektive - führten zu direkt negativen funktionellen Folgen, es handle sich daher um medizinisch nicht begründete Funktionsstörungen (E. 5.8.4).

#### **E. 6.4**

Eine Anpassungsstörung liegt keine mehr vor, was selbst med. pract . A.\_\_\_\_ einräumte (vgl. E. 5.10 sowie den Verweis auf dessen Bericht vom 5. Januar 2021 [E. 5.8.4]).

Weshalb eine komplexe PTBS vorliegen sollte, begründete med. pract . A.\_\_\_\_ ebenso wenig wie die Folgediagnose einer Persönlichkeitsveränderung, welche er in einem anderen Abschnitt sodann abweichend lediglich als «Verdachtsdiagnose» bezeichnete (vgl. E. 5.10). Eine PTBS hatte med. pract . A.\_\_\_\_

bereits nach einem früheren Unfall im Jahr 2006 diagnostiziert, was auch vom damaligen psychiatrischen Gutachter zuhanden der Krankentaggeldversicherung klar verworfen wurde (E. 4).

Dem Bericht vom 1. September 2021 lässt sich nicht einmal ein objektiver Befund entnehmen, nachdem sich der behandelnde Psychiater damit begnügte, einen «Verlust der Gesundheit mit Folge einer Arbeits- und damit verbundenen Erwerbsunfähigkeit» als «Befunde» zu bezeichnen. Auch fehlt jegliche Erklärung für diese angegebene Erwerbsunfähigkeit. Hier scheint sich die Erfahrungstat sache zu bestätigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353), sprich deren Gesundheitsbeeinträchtigung tendenziell eher gravierender und deren Arbeitsfähigkeit tendenziell eher tiefer einschätzen als dies objektiv gerechtfertigt wäre. Dem ist Rechnung zu tragen, indem auf den Bericht des med. pract . A.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden kann. Auch vermag dieser die Zuverlässigkeit der von Dr. B.\_\_\_\_ gezogenen Schlüsse nicht in Frage zu stellen. Selbst wenn die fehlende Einnahme von Psychopharmaka für sich allein gesehen noch kein Argument gegen das von med. pract . A.\_\_\_\_ postulierte Vorliegen einer komplexen PTBS oder gar einer Persönlichkeitsveränderung sein sollte, so stellt sie jedenfalls kein Argument zugunsten einer derart gravierenden Beeinträchtigung dar, womit es an schlüssigen solchen Argumenten beziehungsweise Hinweisen vollständig fehlt.

#### **E. 6.5**

Schliesslich wirft die Beschwerdeführerin dem psychiatrischen Teilgutachter vor, er bagatellisiere ihren schlechten psychischen Zustand (E. 2.2). Dem kann so nicht gefolgt werden, nachdem Dr. B.\_\_\_\_ einen sehr ausführlichen und sorgfältigen Befund erhoben hat und dabei durchaus auch gewisse Beeinträchtigungen doku mentierte (E. 5.8.4). Im Kern stösst sich die Beschwerdeführerin denn auch nicht an der Erhebung des Befundes, sondern an dessen Interpretation als normal-psychologische Reaktion ohne Krankheitswert. Konkret beruft sie sich dabei auf die gutachterlich konstatierte deutliche Verbitterung, Grübelneigung, Depressivi tät, verminderte psychomentale Ausdauer und Belastbarkeit sowie erhöhte Ermüd barkeit (E. 2.2; vgl. E. 5.8.4).

Seit ihrem Unfall vom 8. April 2015 hat die Beschwerdeführerin erhebliche somatische Probleme hinsichtlich ihres Kniegelenks zu gewärtigen. Teilweise sind diese medizinisch nachvollziehbar, teilweise nicht (E. 5.5; E. 5.8.1-3) , wobei L etz teres am nachvollziehbar relativ hohen Frustrationspotential der beklagten Beeinträchtigungen kaum etwas zum Positiven verändern dürfte. Erstellt und unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Dekorateurin nicht mehr arbeiten kann ( E. 5.5; E. 5.8.1-3). E ine Arbeitsstelle in angepasster Tätigkeit hat sie sodann nicht aufgenommen, wobei ein Berufswech sel zwar versicherungsmedizinisch ohne Weiteres zumutbar, effektiv jedoch für die Betroffenen durchaus mit Schwierigkeiten verbunden sein kann. Es ist daher nachvollziehbar, wenn die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung angab, es gehe ihr in psychischer Hinsicht immer noch nicht gut (E. 5.8.4) und sich selber in einem schlechten Zustand sieht (E. 2.2). Um es in den Worten von Dr. B.\_\_\_\_ zu sagen, handelt es sich eben um normal-psychologische Reaktionen vor dem Hintergrund ihrer erheblichen somatischen Probleme am Knie und der dadurch bedingten, ebenfalls erheblichen psychosozialen Folgen im privaten und berufli chen Leben. Bezeichnenderweise gab die Beschwerdeführerin denn gegenüber Dr. B.\_\_\_\_ auch an, sie gehe nicht von einer psychiatrischen Erkrankung aus , sie sehe sich als einen Menschen mit körperlichen Problemen und dadurch bedingten psychischen Beeinträchtigungen (E. 5.8.4).

Dr. B.\_\_\_\_ gelangte gut nachvollziehbar zur Quintessenz, die Problematik im rechten Knie stehe im Vordergrund, diese habe zu erheblichen gesundheitlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen geführt, diese wiederum erklärten die psychischen Beeinträchtigungen, bei denen es sich aber um normal-psychologi sche Reaktionen ohne Krankheitswert im engeren Sinne handle (E. 5.8.4). In diese stringente Schlussfolgerung und die ihr vorausgehende Argumentationskette, welche sich an die Vorgaben der Rechtsprechung hält (vgl. E. 1.7, E. 6.3), vermag die Beschwerdeführerin keine relevanten Zweifel einzustreuen. Widersprechende aussagekräftige Arztberichte bestehen wie dargelegt (E. 6.4) ebenfalls nicht.

## **E. 6.6**

Der Beschwerdeführerin hilft auch der Hinweis auf den Widerspruch in den Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ nicht , wonach es ein unmittelbares soziales Umfeld nicht gebe, die Unterstützung durch die Familie aber als interpersonelle Ressource gelte (E. 2.2). Bei der Angabe, ein unmittelbares soziales Umfeld gebe es nicht, muss es sich angesichts des Zusammenlebens der Beschwerdeführerin mit ihrem Sohn um einen Verschrieb handeln, der die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Frage zu stellen vermag.

Die Beschwerdeführerin führte sodann ins Feld, das Zusammenleben mit einem Kleinkind lediglich als Ressource darzustellen, verkürze die sich hier stellenden Herausforderungen

auf unzulässige Weise (E. 2.2). Der Vorwurf der Verkürzung fällt hier indes auf die Beschwerdeführerin zurück, nannte der Teilgutachter das Zusammenleben mit dem Kleinkind (geboren 2017; vgl. Urk. 7/206 S. 1) nicht etwa einseitig als Ressource, sondern anerkannte die Trennungssituation und die Situation als alleinerziehende Mutter auch als Belastungsfaktoren (E. 5.8.4).

Schliesslich erachtet es die Beschwerdeführerin als ungereimt, dass Dr. B.\_\_\_\_ zwar das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose verneint, sich aber dennoch für eine «Fortsetzung der psychotherapeutischen Begleitung im supportiven Sinne» auspricht (E. 2.2). Auch dem ist zu widersprechen, entspricht es doch einer Erfahrungstatsache, dass Psychotherapeuten in der Alltagsrealität des Öfteren auch Funktionen eines Sozialarbeiters übernehmen beziehungsweise stabilisierend wirken. Dies ist stimmig mit der Aussage des Gutachters, die Beschwerdeführerin sei noch psychisch instabil, hinsichtlich Tagesstruktur und Aufbau von Perspektiven bedürfe sie professioneller psychotherapeutische Begleitung im supportiven

– oder anders ausgedrückt im psychosozialen - Sinne (E. 5.8.4). Es ist denn auch nicht so, dass Dr. B.\_\_\_\_ behaupten würde, es gehe der Beschwerdeführerin unein geschränkt gut, vielmehr erkannte er durchaus gewisse Auffälligkeiten im Psychostatus. Zwar hatte er als amtlich bestellter fachmedizinischer Experte einen Begutachtungsauftrag, der vom Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson zu unterscheiden ist (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C\_277/2021 vom 25. August 2021 E. 3 mit Verweis auf BGE 124 I 170 E. 4).

Dennoch wäre es befremdlich und kaum im Sinne der Beschwerdeführerin gewesen, hätte Dr. B.\_\_\_\_ ihr den sofortigen Abbruch der langjährigen Psychotherapie empfohlen. Dass er dies nicht tat, spricht somit keineswegs gegen die Zuverlässigkeit seiner Feststellungen.

#### **E. 6.7**

Nach dem Gesagten fehlt es an einer psychiatrischen, lege artis auf Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose, es fehlt somit an einer fachärztlich einwandfrei festgestellten psychischen Krankheit (E. 1.5), es fehlt an einem fachärztlich schlüssig festgestellten medizinischen Substrat, das nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und somit die Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen erlauben würde (E. 1.7). Eine solche entfällt daher vorliegend.

#### **E. 6.8**

Es bleibt daher bei der aus somatischen Gründen beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Diese ist in der angestammten Tätigkeit aufgehoben. In einer angepassten wechselbelastenden Tätigkeit mit vermehrtem Sitzen ohne Zwangshaltungen für das rechte Kniegelenk, Gehstrecken über 10 Minuten, häufiges Treppensteigen sowie Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten, beträgt sie bei Erstattung der Gutachten ausgewiesenermassen 100%, dies grundsätzlich ab dem 24. September 2018 in körperlich leichten (E. 5.5) und ab dem 20. April 2021 in leichten, selten leicht bis mittelschweren (E. 5.8.3) Tätigkeiten.

#### **E. 6.9**

Die Z.\_\_\_\_-Gutachter hatten sich infolge ihrer Beauftragung durch die Unfallversicherung jeweils lediglich zur Arbeitsfähigkeit im Begutachtungszeitpunkt zu äussern. Nachdem im vorliegenden invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren insbesondere mit Blick auf die in Frage stehende befristete Rente auch der Verlauf der Arbeitsfähigkeit relevant ist

(vgl. E. 1.4, E. 2.1), wurde diese durch RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ beurteilt. Die nachträglichen Einschätzungen durch den versicherungswissenschaftlichen Arzt vom 19. November 2019 (E. 5.7) und vom 5. Mai 2021 (E. 5.9) stützen sich nebst den Z.\_\_\_\_ -Gutachten (E. 5.5; E. 5.8) auf die echtzeitlichen Berichte der Behandler (E. 5.2, E. 5.3, E. 5.4). Zu Recht mass Dr. K.\_\_\_\_ dem sehr kurz gehaltenen und eine Arbeitsfähigkeit ohne nähere Begründung verneinen den Bericht des Dr. I.\_\_\_\_ vom 7. November 2019 (E. 5.6) im Vergleich zum beweiskräftigen Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 24. September 2018 (E. 5.5) kein Gewicht zu (E. 5.7). Es bestehen mithin keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungswissenschaftlichen ärztlichen Feststellungen, weshalb auf diese abgestellt werden kann (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1).

### **E. 6.10**

Es ist daher - unter Ausklammerung der für die Invaliditätsbemessung irrelevanten, da nicht länger als drei Monate dauernden Perioden mit einer höheren Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV sowie vorstehend E. 1.4)

- für den Zeitraum vom 1. Oktober 2016 bis zum 23. September 2018 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit und ab dem 24. September 2018 wieder von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen (vgl. E. 5.9) .

Es bleiben die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen. 7. 7.1

Gestützt auf den Bericht vom 6. September 2021 über die Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt qualifizierte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin zu Recht und unbestrittener Weise als zu 100 % Erwerbstätige (Urk. 7/206 S. 4). 7.2

Im Einkommensvergleich vom 26. November 2021 (Urk. 7/210) berechnete die Beschwerdegegnerin das der Nominallohnentwicklung angepasste Valideneinkommen ab dem März 2017

von Fr. 56'394.60 angesichts des fehlenden regelmässigen Einkommens in den vorhergehenden Jahren gestützt auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 des Bundesamts für Statistik (BfS) , und zwar auf den Lohn für Verkaufskräfte ( Tabelle T 17, monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht , Total Frauen Zeile 52). Diese Berechnung ist korrekt und wurde denn auch nicht beanstandet. 7.3

Das der Nominallohnentwicklung angepasste Invalideneinkommen ab dem März 2017 von Fr. 54'799.50 bei einem Pensum von 100 % beziehungsweise von Fr. 27'399.75 im zumutbaren Pensum von 50 % berechnete die Beschwerdegegnerin ebenfalls gestützt auf die LSE 2016, und zwar auf den Lohn für Hilfskräfte (Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level , monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art , Total Frauen). Auch diese Berechnung ist einschliesslich der Nicht-Gewährung eines leistungsbedingten Abzugs (Urk. 7/210 S. 2) unbestrittener Weise korrekt, führt zu einer Einkommenseinbusse von Fr. 28'994.85 (Fr. 56'394.60 – 27'399.75) und somit zu einem Invaliditätsgrad von 51 % .

Entsprechend besteht für die Zeitdauer vom 1. März 2017 bis 31. Dezember 2018 (mithin bis nach Ablauf von 3 Monaten seit Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit am 24. September 2018 [E. 6.10], vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) wie verfügt (E. 2.1)

Anspruch auf eine halbe Rente (E. 1.3). 7. 4

Etwas ungenau ist die Folgerung der Beschwerdegegnerin von einer 100% igen Arbeitsfähigkeit per 1. Januar 2019 auf eine fehlende Erwerbseinbusse (Urk. 7/210 S. 1 unten). Da die 100%ige Arbeitsfähigkeit ab diesem Zeitpunkt lediglich in angepasster Tätigkeit besteht, beträgt die Einkommenseinbusse bei einem Valideneinkommen von Fr. 56'394.60 (E. 7.2) und einem Invalideneinkommen bei einem Vollpensum von Fr. 54'799.50 (E. 7.3) Fr. 1'595. 10, was einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von rund 3 %

ergibt . 7.5

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG ) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Viktor Györfy - 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

## **E. 8**

). 3.

In unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht stellte die Swica Versicherungen AG ( Swica ) mit Verfügung vom 1. November 2021 die Taggeldleistungen per 31. Mai 2021 ein, verneinte das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose, wobei selbst unter Annahme einer solchen der adäquate Kausalzusammenhang zum Unfall ereignis fehle, und verneinte

mangels Erwerbseinbusse einen Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung (Urk. 7/209). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

**E. 10**

). Wie das Bundesgericht wiederholt festgehalten hat, liegt es im Ermessen des Facharztes, ob er auf solche zusätzliche n Abklärungen zurück greifen will oder nicht ( vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_534/2021 vom 18. November 2021 E. 4.1 sowie 9C\_830/2019 vom 3. Februar 2020 E. 4.3 ). Dass der psychiatrische Teilgutachter Dr. B.\_\_\_\_ hiervon absah, ist daher nicht zu beanstanden, zumal ihm die Berichte des med. pract . A.\_\_\_\_ vorlagen und weder dieser noch die Beschwerdeführerin näher darlegte n , weshalb gerade im vorliegenden Fall das Einholen einer Fremdanamnese im Gegensatz zu anderen Kons tellationen unbedingt notwendig gewesen wäre.

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