

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00602 vom 31. März 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00602](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00602)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00602 du 31 mars 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00602 del 31 marzo 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**

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).

### **E. 1.3**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit

den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.). 1.

#### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 14. November 2022 Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Oktober 2022 (Urk.

2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 60 % auszurichten (Urk.

1 S.

2). Am 29. November 2022 (Urk. 6) reichte die Versicherte einen Arztbericht vom 21. November 2022 ein (Urk. 7).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2023 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 10. Januar 2023 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, mit Verfügung vom 22. Mai 2017 sei ein Rentenanspruch abgewiesen worden, weil bei der Beschwerdeführerin keine dauerhafte und erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen gewesen sei (S. 2). Aus den

im Rahmen der Neuanschuldung vom Februar 2020 getätigten medizinischen Abklärungen habe resultiert, dass die festgestellten Einschränkungen bereits seit November 2016 bestehen würden. Die untersuchenden Ärzte hätten folglich eine an sich unveränderte gesundheitliche Situation anders beurteilt als die Ärzte im Rahmen der letzten Untersuchung im November 2016 (S. 1 f.). Es sei weiterhin nicht von einer gesundheitlichen Einschränkung mit dauerhafter und erheblicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine Verschlechterung könne nicht begründet werden.

#### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1),

im neuen Gutachten vom 30. November 2021 sei sowohl diagnostisch wie auch im Rahmen der ärztlichen Beurteilung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes dargelegt und

begründet worden - insbesondere auch inwiefern sich die Diagnosen auf die Leistungsfähigkeit auswirken würden. Entgegen der Darstellung der Beschwerdegegnerin handle es sich nicht um eine bloss andere Beurteilung desselben Sachverhalts, wie er sich anlässlich des Gutachtens vom 26. Mai 2017 präsentiert habe (S. 6 ff.). Es sei sowohl im Gutachten vom 30. November 2021 sowie durch andere Ärzte eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden. Basierend darauf sei ihr eine Rente zuzusprechen (S. 14).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes beziehungsweise einen Rentenanspruch zu Recht verneint hat. Massgebender Vergleichszeitpunkt bildet die Verfügung vom 22. Mai 2017 (vgl. E. 1. 4 ). 3.

#### 3.1

Die Beschwerdeführerin kollidierte am 23. Januar 2014 auf dem Velo fahrend mit der B.\_\_\_\_-Bahn . Im Rahmen der Ersthospitalisation (Austrittsbericht Stadtspital C.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2014, Urk. 9/13/38-40) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Schädel-Hirn-Trauma Grad I mit/bei traumatischer N. oculomotorius-Läsion rechts, in Regression - laterale Tibiaplateaufrakturen Typ Schatzker II - gering dislozierte Fraktur Costa 8 ventral rechts, nicht dislozierte Fraktur Costa 9 rechts ventral - Harnwegsinfekt am 2. Februar 2014 - substituierte Hypothyreose - Depression, unter Sertralin 50 mg 3. 2

Dem Austrittsbericht der Rehaklinik D.\_\_\_\_

(vom 2. April 2014, Urk. 9/13/30-32) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin während der anschliessenden stationären Rehabilitation vom 7.

Februar bis 5.

März 2014 depressive Episoden sowie zusätzlich Panikattacken erlitten habe . Das Depressionsleiden, so die Ärzte der Rehaklinik D.\_\_\_\_ , sei seit Jahren bekannt und wahrscheinlich verstärkt durch das letzte Unfallereignis. Die vorbestehende Therapie mit Sertralin sei auf 100 mg erhöht worden. 3. 3

Es folgte vom 3. bis 22. April 2014 eine stationär-psychiatrische Behandlung im Sanatorium E.\_\_\_\_

(Austrittsbericht vom 15. Mai 2014, Urk. 9/18/15-20). Seit Eintritt in die Rehaklinik D.\_\_\_\_ habe sie an Angstzuständen und Panikattacken gelitten. Nach Austritt nach Hause habe sie Panik gehabt, wenn sie einen Zug oder die Stelle gesehen habe, wo der Unfall passiert sei. Zudem habe sie immer wieder Bilder im Kopf, sehe den Zug mit vielen Autos und sich auf dem Boden liegen. Sie könne nicht mehr alleine zu Hause sein, wenn die Kinder und der Ehemann ausser Haus seien (S. 2 oben). Die Ärzte interpretierten die von der Beschwerdeführerin beschriebene Angstsymptomatik mit Flashbacks und Hyperexzitationssyndrom im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; Hauptdiagnose) nach dem Unfallereignis vom 23. Januar 2014. Zudem habe eine depressive Symptomatik mit Depersonalisationserleben, Affektverarmung und -starre bestanden. Als Nebendiagnose wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) , festgehalten (S. 1; S. 4 f.). Die Beschwerdeführerin konnte in stabilisiertem Zustand mit verbesserter Stimmung sowie effizienter medikamentöser

Einstellung regelrecht nach Hause entlassen werden (S. 5). 3.4

Nachdem im Oktober 2014 im Rahmen einer neuropsychologischen Standortbestimmung noch eine minimal kognitive Störung als Folge der traumatischen Hirnverletzung (DD Konfundierung durch eine leichte Visusstörung) festgehalten worden war (vgl. Urk. 9/50/27-29), habe sich gemäss Bericht der Neurologie, Spi tal C.\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2015 (Urk. 9/55/17-19) ein Jahr später im Oktober 2015 verglichen mit den Vorbefunden ein positiv verändertes kognitives Zustandsbild mit weitgehender Normalisierung der Leistungswerte im Bereich der visuellen Aufmerksamkeitsausrichtung/Exploration und in der semantischen Ideenproduktion gezeigt. Weiter hin fanden sich Konzentrationsfluktuationen, wobei im Testleistungsprofil vereinzelt Inkonsistenzen feststellbar seien, sodass zusätzlich von unspezifischen konzentrativen Störwirkungen und psychologisch/affektbedingten kognitiven Alterationen bei auffälliger Umständlichkeit und Zerstreuung auszugehen sei. Es stehe primär eine nicht organisch begründete kognitive Dysfunktion im Rahmen der bekannten affektiven Problematik im Vordergrund. Hinweise auf relevante kognitive Residuen bedingt durch die traumatische Hirnverletzung vom Januar 2014 fanden sich nicht mehr. 3.5

Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, attestierte der Beschwerdeführerin bei einem Status nach Polytrauma mit Schädelhirntrauma und diversen Frakturen sowie in Folge posttraumatischer Belastungsstörung mit Entwicklung einer Depression eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 23. Januar 2014 bis 1. Juni 2014 und eine 40%ige Arbeitsfähigkeit ab 2. Juni 2014 in der bisherigen Tätigkeit als Medizinische Praxisassistentin (MPA). Auswirkung auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit hätten die Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, die posttraumatische Belastungsstörung und die depressive Symptomatik (vgl. Berichte vom 3. März 2015, Urk. 9/18/1-5 und Urk. 9/19). 3.6

Im Juni 2015 begann die Beschwerdeführerin die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung in der Psychiatrischen Universitätsklinik G.\_\_\_\_ (Bericht vom 29. Februar 2016, Urk. 9/57).

Im ärztlichen Befund wurde Folgendes festgehalten (S. 3): Affektiver Rapport gut herstellbar. Keine Aufmerksamkeits- oder Auffassungsstörungen, leichte Konzentrationsstörungen vorhanden. Störungen im Langzeitgedächtnis. Keine inhaltlichen Denkstörungen, im formalen Denken Grübeln und Gedankenkreisen vorhanden, intermittierend Panikattacken vorhanden, keine Zwänge, keine Sinnes täuschungen, keine Ich-Störungen oder anderes Fremdbeeinflussung erleben. Affektiv depressiv gestimmt. Morgendliche Antriebsstörung vorhanden, Kraftlosigkeit und Anhedonie vorhanden. Keine Schlafstörungen, kein verminderter Appetit, psychomotorisch unauffällig. Kein Anhalt für Eigen- oder Fremdgefährdung.

Die Beschwerdeführerin leide seit dem Polytrauma im Januar 2014 an einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33.1). Seit Eintritt ins Ambulatorium sei eine medikamentöse Umstellung erfolgt, die Erkrankung sei jedoch nur teilremittiert. Bei aktuell bestehender Therapieresistenz sei eine vollständige Remission als unwahrscheinlich anzusehen. Aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit und den vorhandenen Konzentrationsstörungen sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 40% unwahrscheinlich (S. 3 «Prognose»). 3.

**E. 5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen). 2.

### **E. 5.1**

Damit mit der Neuanmeldung der Beschwerdeführerin ein Anspruch auf eine Rente entstehen könnte, müsste sich im Vergleich zur Situation, welche der Verfügung vom 22. Mai 2017 zugrunde lag, eine anspruchrelevante Veränderung -

vorliegend des Gesundheitszustandes es, da ein anderer Revisionsgrund weder geltend gemacht noch aufgrund der Akten ersichtlich wäre - ergeben haben.

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1; Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C\_799/2016 vom 21. März

2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 5.2**

Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter führten aus, es liege in neurokognitiver und psychiatrischer Hinsicht ein verschlechterter Gesundheitszustand vor im Vergleich zum Vorgut achten. Dies schlug sich in der Diagnosestellung nieder : Die Y.\_\_\_\_ -Gutachter stellten nur Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.8), während die Z.\_\_\_\_ -Gutachter mehrere psychiatrische Diagnosen, eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung, eine traumatische Hirnverletzung mit strukturellen Residuen sowie die posttraumatische Gonarthrose rechts als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einordneten (vgl. E. 4.5). Die se andere Diagnosestellung sagt jedoch, wie erwähnt (vgl. E. 5.1), noch nichts aus über eine allfällige Auswirkung auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit .

Gemäss den Z.\_\_\_\_ -Gutachter n war die von ihnen im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung festgestellte leichte bis mittelschwere Störung - wie auch in den Verlaufsuntersuchungen vom November 2019 und

vom Mai 2020 - nicht durch eine neurologisch begründbare Zunahme der strukturellen Unfallfolge zu erklären, da eine solche fehlte . Ihrer Einschätzung zufolge sei diese Verschlechterung « multifaktoriell » unter Berücksichtigung der affektiven Erkrankung zu beurteilen. Es sei von einem komplexen Zusammenwirken von somatischen residuellen Unfallfolgen und nicht somatischen Faktoren auszugehen. Dabei gingen die Z.\_\_\_\_ -Gutachter von seit 2014 vorliegenden somatischen und affektiven Symptomen aus, die sich lediglich unterschiedlich in den Vordergrund gedrängt hätten: Anfänglich im frühen Krankheitsverlauf hätten ihres Erachtens die affektiven Beschwerden weniger im Vordergrund gestanden, sondern die Beschwerde führerin sei initial stärker durch die somatischen Unfallfolgen ( Okulomotorius -Parese und Schwindelbeschwerden) eingeschränkt gewesen. Diese somatischen Beschwerden seien im Verlauf in den Hintergrund gerückt , während die affektiven Befunde in den Vordergrund gekommen seien. Der schwankende Verlauf widerspiegle sich im unterschiedlichen Ausmass der neurokognitiven Funktionsstörungen. Diese Schilderung

tönt nicht abwegig und vermag durchaus aus medizinischer Sicht herleitbar sein. Dennoch wirkt sich dieses von den Z.\_\_\_\_ -Gutachtern beschriebene multifaktorielle und im Verlauf schwankende Zusammen spiel - und letztendlich die aus ihrer Sicht daraus resultierende «Verschlechterung» - nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus : Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter attestierten der Beschwerdeführerin eine durchgängig zumutbare Arbeitsfähigkeit von 40 % seit Juni 2014. Eine mit veränderten Befunden begründete ,

höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit der letztmaligen Anspruchsprüfung im Oktober 2017 legten sie nicht dar respektive sie gingen gar nicht von einer solchen Veränderung seit diesem Zeitpunkt aus. Vielmehr gründet ihre Argumentation auf der Kritik an der aus ihrer Sicht zu hoch attestierten Arbeitsfähigkeit von 100 % durch die Y.\_\_\_\_ -Gutachter.

Dies wird auch deutlich aus dem psychiatrischen Teilgutachten, worin die bestehende Einschränkung grundsätzlich

seit dem Unfall vom Januar 2014 angenommen wurde (Urk. 9/171/44-60 S. 15). Es ist daher mit der Beschwerde gegnerin von einer anderen Beurteilung desselben Sachverhaltes auszugehen.

Vorliegend zogen die Z.\_\_\_\_ -Gutachter, insbesondere die zuständige Psychiaterin, trotz der Annahme einer Verschlechterung der affektiven und in Folge auch der kognitiven Befunde

weder eine Intensivierung oder Anpassung der (antidepressiven) Medikation und der Behandlung in Betracht noch wurde eine solche diskutiert (Urk. 9/171/44-60 S. 11, S. 16), und dies, obwohl es in der Vergangenheit durch Anpassung der Behandlung zu Verbesserungen gekommen war (E. 3). Auch letzteres spricht gegen eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes und im Ergebnis für eine andere Beurteilung des im Wesentlichen gleichen Sachverhaltes.

Damit fehlt es gestützt auf die Beurteilung der Z.\_\_\_\_-Gutachter sowohl an einer klar ausgewiesenen erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes wie auch, und dies ist ausschlaggebend, insbesondere am quantitativen Element einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit seit der letzten Anspruchsbeurteilung. Die Z.\_\_\_\_-Gutachter schätzten diese schon seit Juni 2014 unverändert auf 40 %, was dem tatsächlich seither ausgeübten Arbeitspensum als MPA entspricht.

### **E. 5.3**

Auch mit Blick auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzte ergibt sich kein Anhaltspunkt für eine massgebliche gesundheitliche Verschlechterung seit der Verfügung vom 22. Mai 2017.

Der im Rahmen der seit August 2020 durchgeführten psychologisch-psychiatrischen Behandlung in der Q.\_\_\_\_

GmbH erhobene Befund (Aufmerksamkeit und Gedächtnis im Gespräch gegeben, Konzentration vermindert und Vergesslichkeit. Grübeln und Gedankenkreisen. Kontrollhandlungen aus Angst, Fehler zu machen oder etwas zu vergessen. Kein Anhalt auf Wahnerleben, keine Sinnestäuschungen, Ich-Störungen in Form von Depersonalisation und Derealisation. Im Affekt deprimiert, traurig, teils freudlos, lustlos, innerlich unruhig. Zukunftsängste. Antrieb vermindert. Ermüde nach einigen Stunden arbeiten. Keine Suizidgedanken. In der Nacht, bevor sie arbeite oder Termine habe, leide sie an

Ein schlafstörungen; Urk. 9/157/3 Ziff. 2.4) entspricht in weiten Teilen dem Befund vom Februar 2016, wie er durch Ärzte der Psychiatrie G.\_\_\_\_ dokumentiert wurde, vgl. E. 3.6).

In den neuropsychologischen Untersuchungen, welche im November 2019 und Mai 2020 durchgeführt wurden, wurde jeweils eine leicht- bis mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörung festgestellt. Dr. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_

stuften die Funktionsstörung folglich im Vergleich zur Beurteilung vom Oktober 2015 (leichtgradig) etwas höher ein (leicht- bis mittelgradig). Gleichzeitig konstatierten Dr. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_ jedoch, dass das

im Jahr 2015 erhobene kognitive Ausfallmuster vergleichbar gewesen sei mit den von ihnen erhobenen Befunden vom November 2019 und vom Mai 2020 (Urk. 9/139/7-11 S. 5). Auch diese Einschätzung spricht folglich für das Fehlen einer relevanten Veränderung und für eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes.

### **E. 5.4**

Zusammengefasst

ist nach dem Gesagten eine anspruchsrelevante gesundheitliche Verschlechterung im hier massgebenden Beurteilungszeitraum nicht erstellt. Die angefochtene Verfügung vom 17. Oktober 2022 ist somit rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

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

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

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

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

## **E. 7**

Dr. F.\_\_\_\_ wies in einem im Januar 2016 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen, undatierten Bericht (Urk. 9/55/1-5) auf seit dem Schädel-Hirn-Trauma persistierende Schwindelanfälle der Beschwerdeführerin hin. Aktuell leide sie unter einer «massiven Entwicklung» des Schwindels, was die Gehfähigkeit stark behindere. Die Arbeitsfähigkeit beurteilte er mit 40 % unverändert im Vergleich zu den Vorberichten (vgl. E. 3.5). 3.8

Anfangs Juni 2016 erfolgten die Untersuchungen, gestützt auf welche das polydisziplinäre Gutachten der Y.\_\_\_\_

vom 14. November 2016 erstellt wurde (Urk. 9/94). Die Gutachter stellten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 82 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende aufgeführt (Ziff. 6.2): - beginnende laterale betonte posttraumatische Gonarthrose rechts - Status nach Schädel-Hirn-Trauma mit Commotio cerebri am 23. Januar 2014 - Adipositas Grad I nach WHO (BMI = 30.9 kg/m<sup>2</sup>) - beginnender Knick-Senk-Spreizfuss beidseits - knöchern konsolidierte ehemalige Fraktur der 8. und 9. Rippe rechts, gegenwärtig ohne Funktionseinschränkung sowie ohne Beschwerdevortrag - Status nach hormonell substituierter Hypothyreose - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - Kontaklanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung, Schwierigkeiten nach nicht gewollter Zuwanderung aus

Deutschland (ICD-10 Z60) - andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis, Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63) Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich keine fokalneurologischen Defizite objektivieren lassen. Die Auffälligkeit eines Finger-Nasen-Versuches sei angesichts der fehlenden Korrigierbarkeit mit Kontakt ausschliesslich des Interphalangealgelenks auf die Nase trotz Durchführung des Versuchs mit geöffneten Augen als nichtorganisch einzuordnen. Die kernspintomographisch beschriebenen kleinsten Blutungsreste als Folge des Schädel-Hirn-Traumas seien nicht hinreichend erklärend für die seit dem Unfall progrediente Symptomatik mit im Mittelpunkt stehender massiver Tagesmüdigkeit und Konzentrationsstörungen. Auch die Progredienz der Sehstörung spreche gegen einen direkten Zusammenhang mit der unmittelbar nach dem Unfall bestehenden okulomotorischen Störung rechts. Derzeit seien keine objektivierbaren Residuen der okulomotorischen Störung rechts im körperlich-neurologischen Untersuchungsbefund mehr abgrenzbar. In der neuropsychologischen Testung hätten sich nur leichte Einschränkungen gefunden, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht hirngenannter Genese seien. Die Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 90 f.). Im Rahmen der psychiatrischen Exploration habe bei der Beschwerdeführerin keine depressive Symptomatik mehr festgestellt werden können; es sei weiterhin von einer remittierten rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Die Beschwerdeführerin werde mit dem Antidepressivum Cymbalta (90 mg) behandelt. Der gemessene Medikamentenspiegel befinde sich im therapeutischen Bereich. Psychopathologisch könne keine Einschränkung von Aufmerksamkeit und Konzentration festgestellt werden, auch Merkfähigkeit und Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt. Die Stimmungslage sei ausgeglichen, die affektive Schwingungsfähigkeit voll erhalten. Ängste würden sich auf einen etwaigen Arbeitsplatzverlust, auf das Erleiden von Schwindelattacken und am Morgen vor den Aufgaben des Tages beziehen. Diese seien jedoch nicht krankheitswertig im Sinne einer depressiven Episode und auch nicht im Sinne einer manifesten Angststörung. Auch die Symptomatik einer PTBS sei seit längerem abgeklungen. Bereits im Bericht der neuropsychologischen Untersuchung im Oktober 2014, aber auch in jenem des psychiatrischen Ambulatoriums C.\_\_\_\_ vom Februar 2015 sei die Diagnose nicht mehr gestellt worden. Psychosoziale Belastungen wie insbesondere der von ihr selbst nicht erwünschte Umzug von Deutschland in die Schweiz und eine gewisse Eheproblematik hätten intermittierend zur Verstärkung einer leichten neurastheniformen Symptomatik beitragen mögen. Hierzu gehöre auch die vom Schwindelzentrum des Universitätsspitals I.\_\_\_\_ beschriebene phobische Komponente eines okulär bedingten Schwindels. Die Beschwerdeführerin habe jedoch bereits seit Juni 2014 im bisherigen Pensum von 40 % gearbeitet. Bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe keine Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können (S. 92 f.). Zusammengefasst und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin aktuell weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die von der Beschwerdeführerin beklagte Symptomatik könne als residuelles post-commotionelles Syndrom nach leichtem Schädelhirntrauma interpretiert werden, wobei sich weder aus neurologischer noch aus neuropsychologischer Sicht Einbussen nachweisen lassen würden, welche auf eine bleibende hirngenannte Schädigung weisen würden. Auch eine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität liesse sich derzeit nicht nachweisen. Die aktuellen Befindlichkeitsstörungen der Beschwerdeführerin stünden am ehesten im Zusammenhang mit ihrer psychosozialen Problematik und seien als IV-fremd zu beurteilen. Als Folge ihrer

Knieverletzung habe sich eine beginnende Kniearthrose rechts entwickelt, welche aber in ihrer Tätigkeit als MPA nicht zu einer Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit führe. Aus interdisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin sowohl als MPA als auch in entsprechen den körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Verweistätigkeiten uneingeschränkt zu 100 % arbeitsfähig (S. 93 Ziff. 7.3). 3.

#### **E. 9**

Am 26. Oktober 2016 erfolgte durch Dr. J.\_\_\_\_, Fachärztin FMH Radiologie und Neuroradiologie, eine Zweitbeurteilung des Schädel-MRI vom 30. Dezember 2015 (Urk. 9/87/2; vgl. auch Schreiben Dr. K.\_\_\_\_

vom 5. November 2016, Urk. 9/87/1). Diese Nachbefundung des MRI aus dem Jahr 2015 ergab folgende Beurteilung: Multiple Mikrohämosiderinablagerungen temporal, paraventrikulär und juxtakortikal frontal, jeweils rechts ohne Zeichen von Gefässmalformationen. Es könne sich um traumabedingte

Hämosiderinablagerungen handeln (insbesondere im Corpus callosum und juxtakortikal frontal). 3.

#### **E. 10**

Am 31. Oktober 2016 erstattete Dr. med. K.\_\_\_\_, Neurologie FMH, physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, einen Bericht betreffend neurologische Standortbestimmung der Beschwerdeführerin (Urk. 9/104). Dr. K.\_\_\_\_ stellte sich in seiner Beurteilung auf den Standpunkt, die im Januar 2014 erlittene Hirnverletzung mit langer retro- und anterograder Amnesie und initialem GCS von 10 sei eindeutig unterschätzt worden. Der im Austrittsbericht der Chirurgie Spital C.\_\_\_\_ festgehaltene «Status nach Schädel-Hirn-Trauma Grad I» sei sicher falsch und mit dem GCS von 10 nicht kompatibel. Zudem seien multiple kleine hämorrhagische Läsionen im Nachbefundungs-MRI (vgl. auch S. 2 oben) gefunden worden, welche die durchgemachte erhebliche traumatische Hirnverletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen würden. Aktuell stünden an Störungen komplexe häufige Schwindelattacken im Vordergrund, wahrscheinlich als okulärer Schwindel zu taxieren. Aufgepfropft sei sicher eine ausgeprägte psychoreaktive Problematik, wahrscheinlich im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die exzessive Müdigkeit mit massiv erhöhtem Schlafbedarf sei sicher durch die traumatische Hirnverletzung erklärt, andererseits kann hier auch die psychoreaktive Problematik teilweise beitragen. In der neurologischen Untersuchung fanden sich noch Reste der Okulomotorius-Parese rechts mit Doppelbildern nach links unten und ausgeprägte, wahrscheinlich zentralmotorische Gleichgewichtsstörungen, eine Verlangsamung der Feinfingermotorik beidseits bei allgemein links schlechterer Armmotorik. Diese Befunde seien mit den im MRI nachgewiesenen Läsionen kompatibel (S. 3). 4.

Seit der Verfügung vom 22. Mai 2017 wurden mehrere Arztberichte sowie insbesondere ein polydisziplinäres Gutachten bei der Z.\_\_\_\_ Begutachtung eingeholt. 4.1

Die behandelnde Neurologin, Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, überwies die Beschwerdeführerin bei nach wie vor bestehenden neuropsychologischen Ausfällen und bei weitgehend normalem neurologischem Befund zur neuropsychologischen Untersuchung (vgl. Bericht vom 30. August 2019, Urk. 9/128/11-12). 4.2

Am 12. November 2019 wurde eine verhaltensneurologisch-neuropsychologische Verlaufsuntersuchung zur Standortbestimmung und zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

bei Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Neurologie, spez. Verhaltensneurologie, kognitive Neurologie, und lic. phil. N.\_\_\_\_, Psychologin FSP, Neuropsychologin, durchgeführt (Urk. 9/128/7-10).

Die Beschwerdeführerin habe seit dem Unfall weiterhin eine leichte Schwindel symptomatik, welche sich vor zwei Wochen verschärft habe. Der festgestellte Lagerungsschwindel sei behandelt worden. Aktuell bemerke sie noch einen «Nachschwindel». Seit dem Unfall sei sie vergesslicher. Sie habe Mühe sich zu konzentrieren und ermüde schneller. Sie sei im Vergleich zu früher weniger belastbar, benötige mehr Erholung und Schlaf (S. 2 oben).

Dr. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_ hielten fest, es zeige sich im Vergleich zur neuropsychologischen Voruntersuchung vom Oktober 2015 im Spital C.\_\_\_\_ in der verbalen Ideenproduktion sowie in den attentionalen Funktionen, sofern vergleichbar, eine Leistungsver schlechterung. Allerdings müsse festgehalten werden, dass die attentionalen Funktionen anlässlich der aktuellen Untersuchung ausführlicher geprüft worden seien.

Die Befunde würden sich zusammen mit den Verhaltensbeobachtungen sowie unter Berücksichtigung der eigenanamnestischen Angaben aktuell einer insgesamt leichten bis mittelgradigen Funktionsstörung fronto-limbischer Regelkreise zuordnen lassen und seien prinzipiell gut mit Auswirkungen des Schädel-Hirn-Traumas sowie den posttraumatischen strukturellen Läsionen, die die kognitiven Ressourcen der Beschwerdeführerin limitieren würden, vereinbar. Die Leistungsver schlechterung im Vergleich zur Voruntersuchung vom Oktober 2015 sei Folge der im Verlauf deutlich zugenommenen affektpathologischen Symptomatik, begünstigt durch die strukturellen Hirnläsionen und hirnorganisch begründet, sowie einer daran assoziierten Abnahme kognitiver, kompensatorischer Mechanismen (S. 4 oben).

Aus rein neurokognitiver Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aktuell zwischen 30 bis 50 % eingeschränkt, wobei davon auszugehen sei, dass die Leistungsfähigkeit in Stress- sowie Belastungssituationen stärker limitiert sei (S. 4 Mitte). 4.3

Am 15. Mai 2020 erfolgte eine Reevaluation sowie erneute Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei Dr. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_ (Urk. 9/139/2-6).

Zusammengefasst zeigten sich in der aktuellen verhaltensneurologisch-neuropsychologischen

Abklärung bei der im Affekt abgeflacht und etwas indifferent wirkenden Beschwerdeführerin, die bereits zu Beginn der Untersuchung über eine deutliche Müdigkeit berichtet habe (jedoch ohne Zunahme im Verlauf der zwei stündigen Untersuchung), folgende kognitive Befunde: Mittelgradige verbal-mnestische Einschränkungen (Beeinträchtigung der retroaktiven Interferenz sowie der spätverzögerten Abrufleistung bei jedoch normgerechter Lernfähigkeit sowie intaktem Wiedererkennen im Sinne einer erhaltenen Speicherfähigkeit), leicht- bis mittel- und schwergradige Einschränkungen in verschiedenen attentionalen Teilbereichen (schwer :

geteilte Aufmerksamkeit bei einer Papier-Bleistiftaufgabe ; mittelgradig: Reaktionsgeschwindigkeit auf auditive Reize bei der Überprüfung der geteilten Aufmerksamkeit bei einer computerisierten Aufgabe; leicht : Bearbeitungstempo bei einer Papier-Bleistiftaufgabe zur Überprüfung der Aufmerksamkeitsaufrechterhaltung, tonische Alertness ). Hinzu kämen leichte Beeinträchtigungen frontal-exekutiver Funktionen (leicht unterdurchschnittliche kognitive Umstellfähigkeit sowie leicht verminderte Interferenzkon

trolle). Die Leistungen in den übrigen geprüften kognitiven Bereichen seien norm gerecht aus gefallen .

Weder im Gespräch, auf Verhaltensebene noch im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung oder im durchgeführten Performance-Validierung-Test zeigen sich Inkonsistenzen, welche auf eine negative Antwortverzerrung hinweisen könnten. Die obigen Befunde seien entsprechend als valide zu erachten.

Die genannten Befunde würden im Vergleich zur Voruntersuchung unverändert einer insgesamt leicht- bis mittelgradigen neurokognitiven Funktionsstörung entsprechen mit Beeinträchtigung präfrontaler sowie fronto- limbischer Regelkreise und leichter Befundakzentuierung im Bereich der sprachdominanten Hemisphäre, gut vereinbar mit residuellen Auswirkungen der strukturellen Läsion bei Status nach Schädel-Hirn-Trauma (S. 4 «Beurteilung»).

Bereits im Bericht der Abklärung vom Oktober 2015 (Spital C.\_\_\_\_) seien

attentionale Einschränkungen, Leistungsfluktuationen sowie Verhaltenssymptome mit «Ablenkbarkeit», «Umständlichkeit» und «Zerstreuung» aufgeführt worden, die den typischen Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas entsprochen hätten. Die damaligen verbal-mnestischen Einschränkungen (Merk- und Lernfähigkeit) seien im vorliegenden Bericht als «mögliche Inkonsistenzen» beschrieben worden, obwohl damals kein Performance Validierungstest durchgeführt worden sei und das damalige kognitive Gesamtprofil eher den festgestellten Leistungsfluktuationen zugeordnet werden können. Insgesamt sei das damals erhobene kognitive Ausfallsmuster - soweit beurteilbar - aber vergleichbar mit den heutigen Befunden, wobei es im Verlauf aber zur deutlichen Befundaggravation gekommen sei (S. 4 f.).

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus neurokognitiver Sicht blieb im Vergleich zur Voruntersuchung vom November 2019 unverändert mit einer Einschränkung von 30 bis 50 % (S. 5 Mitte). 4.4

Seit dem 11. August 2020 nimmt die Beschwerdeführerin in drei bis vierwöchigem Abstand psychiatrisch-psychotherapeutische Termine am Zentrum O.\_\_\_\_ GmbH wahr (Bericht vom 2. Februar 2021, Urk. 9/157). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) gestellt (Ziff. 2.5). Die Beschwerdeführerin sei 40 % arbeitsfähig. Dies sei schon anstrengend für sie, eine Steigerung sei nicht möglich (Ziff. 2.7).

4.5

Das Z.\_\_\_\_-Gutachten wurde am 30. November 2021 erstattet (Urk. 9/171). In der Konsensbeurteilung (Urk. 9/171/1-14) wurde unter «Herleitung / Begründung der aktuellen Diagnose» Folgendes ausgeführt (S. 7 f.):

Im Vordergrund der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden stünden kognitive Beeinträchtigungen im Sinne von verminderter Konzentrationsfähigkeit, rascher Ermüdbarkeit und erhöhtem Schlafbedürfnis. Des Weiteren habe sie über Beschwerden im Bereich des rechten Knies geklagt.

Der Lagerungsschwindel, welcher im Anschluss an das Unfallereignis vom 23. Januar 2014 bestanden habe, sei aktuell in den Hintergrund gerückt. Die Nervus

okulomotorius -Parese rechts mit Doppelbildern beim Seitwärtsblick könne klinisch-neurologisch aktuell als Residualbefund nachgewiesen werden.

Bildgebend würden sich Hämosiderin-Ablagerungen temporal, paraventriculär und juxtakortikal -frontal nachweisen lassen, die am ehesten als Residuen der traumatischen Hirnverletzung vom 23. Januar 2014 zu interpretieren seien. Bei der neuropsychologischen Untersuchung habe hierzu eine leichte bis mittel schwere Störung korreliert, wobei die Befunde hinsichtlich Ausmasses der kognitiven Einschränkungen in etwa vergleichbar seien mit den Vorbefunden der bei den letzten neuropsychologischen Vorbeurteilungen vom 12. November 2019 und 15. Mai 2020. Auch im Rahmen dieser Vorbeurteilungen seien leichte bis mittelschwere kognitive Defizite nachgewiesen worden.

Insofern habe sich im Vergleich zur neuropsychologischen Voruntersuchung im Rahmen des Y.\_\_\_\_-Gutachtens vom 14. November 2016, bei dem nur leichte Einschränkungen in der neuropsychologischen Testung nachweisbar gewesen seien, das Ausmass der kognitiven Störung verschlechtert. Es sei davon aus zu gehen, dass diese Verschlechterung am ehesten multifaktoriell zu erklären sei. Zu diskutieren sei hier neben dem stattgehabten Schädel-Hirn-Trauma in erster Linie ein Einfluss der zusätzlichen psychiatrischen Symptomatik. Im Rahmen der Vorbeurteilung vom November 2016 sei keine depressive Symptomatik festgestellt worden. Es sei damals von einer remittierten rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen worden. Im psychopathologischen Befund seien keine Einschränkungen von Aufmerksamkeit und Konzentration festgestellt worden; auch Merkfähigkeit und Gedächtnis seien nicht als beeinträchtigt beschrieben und die Stimmungslage als ausgeglichen angegeben worden. Die Symptome einer PTBS seien als seit längerem abgeklungen beurteilt worden.

Im Gegensatz dazu könne zum aktuellen Gutachtenszeitpunkt bezüglich der kongruent gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung eine leichte depressive Symptomatik unter Medikation sowie zusätzlich eine gemischte Angststörung, differentialdiagnostisch (DD) mit teilremittierter posttraumatischer Belastungsstörung, festgestellt werden.

Zusätzlich sei davon auszugehen, dass, entgegen früherer Einschätzungen, die Kriterien für das Vorliegen eines organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirn -Trauma erfüllt seien und in diesem Kontext die nachgewiesene leichte bis mittelschwere kognitive Störung anteilig erklärt werden könne. Eine zusätzliche Mitmodulation der neuropsychologischen Störung durch die affektiven Symptome erscheine wahrscheinlich. Eine Mitmodulation durch ein möglicherweise zusätzlich vorliegendes Schlafapnoe-Syndrom, welche noch ambulant ausgeschlossen werden sollte, erscheine zusätzlich denkbar. Auch die Schwankungen des Ausmasses der neurokognitiven Funktionsstörungen im zeitlichen Verlauf könne aus konsensueller Sicht am ehesten durch Schwankungen im Ausmass der affektiven Befunde erklärt werden, da eine Veränderung der neurologischen Residualbefunde nicht festgestellt werden könne.

In der Zusammenschau sämtlicher Befunde werde daher aus gutachterlicher Sicht unter Berücksichtigung des Längsverlaufs davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin durch die leichte bis mittelschwere neurokognitive Störung, die im Rahmen eines organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirn -Trauma bei Mitmodulation durch die psychiatrische Symptomatik einer rezidivierenden depressiven Störung mit derzeit leichter Ausprägung und einer gemischten Angststörung, DD mit teilremittierter posttraumatischer

Belastungsstörung, DD bei möglichem zusätzlichem Schlafapnoe-Syndrom zu interpretieren sei, in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei.

Da in der Aktenlage im Rahmen der ersten neuropsychologischen Testung vom Oktober 2014 nur minimal kognitive Defizite nachweisbar gewesen seien, welche sich bei der Verlaufsuntersuchung vom Oktober 2015 teilweise verbessert gezeigt hätten, könne insgesamt davon ausgegangen werden, dass die aktuell im Verlauf nachweisbare Verschlechterung der neurokognitiven Funktionen mit zunächst Nachweis einer leichten Störung im Rahmen des Y.\_\_\_\_-Gutachtens vom November 2016 und im folgenden Nachweis einer leichten bis mittelschweren Störung in den Verlaufsuntersuchungen vom 12. November 2019, 15. Mai 2020 und im Rahmen des aktuellen Gutachtens nicht durch eine neurologisch begründbare Zunahme der strukturellen Unfallfolge zu begründen sei, sondern multifaktoriell unter Berücksichtigung der affektiven Erkrankung zu beurteilen sei. Es sei von einem komplexen Zusammenwirken von somatischen residuellen Unfallfolgen und nicht somatischen Faktoren auszugehen.

Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass es seit dem Zeitpunkt der Vorbeurteilung vom November 2016 zu einer Verschlechterung gekommen sei. Bei validen Befunden in der neurokognitiven Testung sei eine Verschlechterung der kognitiven Defizite nachweisbar. Auch die psychiatrische Symptomatik sei im Vergleich zur Querschnittseinschätzung vom November 2016 verschlechtert.

Über die geschilderten Beschwerden hinaus bestünden bei der Beschwerdeführerin aktuell noch Restbeschwerden am rechten Kniegelenk. Diesbezüglich könne bei stattgehabter Tibiaplateau-Fraktur im Rahmen des Unfalls vom Januar 2014 die Entwicklung einer lateralbetonten posttraumatischen Gonarthrose rechts festgestellt werden. Dies führe zu nachvollziehbaren belastungsabhängigen Schmerzen und Schwellungsneigung des rechten Kniegelenks mit schmerzbedingt reduzierter Gehzeit und Gehstrecke.

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. 4.2): - Traumatische Hirnverletzung am 23.01.2014 mit strukturellen Residuen mit/bei: - Initialsymptomatik: GCS 10 (am Unfallort), N. oculomotorius-Parese rechts, posttraumatischem benignem paroxysmale m Lagerungsschwindel, posttraumatische Amnesie mit retro- und anterograden Amnesie-Anteilen, Müdigkeit, neuropsychologische Störungen mit Einschränkungen im Bereich attentional -exekutiver Funktionen im Sinne einer minimalen kognitiven Störung - Residuen: - klinisch-neurologisch Verdacht auf latente N. oculomotorius-Parese rechts mit Doppelbildern

beim Seitwärtsblick (nicht in Spontanstellung), Fatigue und Hypersomnie - bildgebend Hämosiderin-Ablagerungen temporal, paraventriculär und juxta -kortikal

frontal, überwiegend wahrscheinlich traumatischer Genese, insbesondere Befunde im Corpus callosum und juxta -kortikal frontal sowie in Zusammenschau mit der Schwere der Initialsymptomatik - Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10 F07.2) - Rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte depressive Symptomatik unter Medikation

(ICD-10 F33.0) - Gemischte Angststörung, DD mit teilremittierter posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F41.3/F43.1) - Leichte bis mittelschwere neuropsychologische

Störung mit/bei

Diagnosen 1-4 - Lateral betonte posttraumatische Gonarthrose rechts nach Unfall vom 23.01.2014 mit/bei - Status nach lateraler Tibiaplateaufrakture (Schatzker Typ II) rechts am 23.01.2014 - Status nach Plattenosteosynthese (ORIF L-LCP) am 28.01.2014 ( Spital C.\_\_\_\_ ) - Status nach Osteosynthesematerialentfernung am 19.01.2016 ( Spital C.\_\_\_\_ ) - radiologisch beginnende Hypersklerosierung des Tibiaplateaus sowie lateral betonte

Höhenminderung des Gelenkspalts entsprechend einer Arthrose Grad I nach Kellgren -Lawrence

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen (S. 9 f.): - Knöchern konsolidierte Frakturen der 8. und 9. Rippe ventral rechts (ohne Funktionseinschränkung sowie ohne Beschwerdevortrag) nach Unfall vom 23.01.2014 - Beginnender Knick-Senk-Spreizfuß beidseits - Status nach Knie-ASK links mit Teilmenskektomie 2010 ( KH P.\_\_\_\_, in Deutschland ) - Status nach Ellenbogen-Operation (Denervierung) bei anamnestisch Ten nissenbogen

rechts 2005 - Status nach OSG-Distorsion mit Bänderriss rechts vor ca. 30 Jahren (konservativ therapiert) - Arterielle Hypertonie - Übergewicht (BMI 28 . 7 kg/m<sup>2</sup>)

Das Beschwerdebild sei im Längsverlauf gut dokumentiert und nachvollziehbar gewesen . Gesamthaft sei von einer Verschlechterung seit dem Zeitpunkt der Vor beurteilung im November 2016 aus zugehen . Dies bei zusätzlich kritischer Wür digung der psychiatrischen Vorbegutachtung, welche die neurokognitiven Ein schränkungen und das psychiatrische Krankheitsbild unterschätzt hab e. Die neu ropsychologischen Funktionsdefizite hätten sich bei der aktuellen Überprüfung

als valide erwiesen (S. 11 oben) .

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als MPA (S. 11 Ziff. 4.7) führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin sei n ach dem Unfall zunächst zu 100

% arbeitsunfähig gewesen und habe nach der Rehabilitationsbehandlung am 1. Juni 2014 ihr 40

%-Pensum wieder auf genommen .

In konsensuale r Gesamt sicht sei davon aus zugehen , dass die Beschwerdeführerin mit dem geleisteten 40

%-Pensum in der angestammten Tätigkeit an ihrem Leistungslimit sei .

Eine Arbeitsfähigkeit von 40

% in der angestammten Tätigkeit könne seit Wiederauf nahme der Tätigkeit im Juni 2014 angenommen werden.

Aus heutiger Sicht sei es seit dem Vorgutachten vom November 2016 zu einer weiteren Verschlechterung, insbesondere mit Zunahme der affektiven Symptome und damit einhergehend Verschlechterung der kognitiven Befunde, gekommen. Dennoch sei es plausibel, dass die Beschwerdeführerin bereits im Juni 2014 (Zeit punkt der Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit) mit dem geleisteten 40 %-Pen sum an ihrem Limit gewesen sei.

Es sei weiter davon auszugehen, dass im frühen Krankheitsverlauf die affektiven Beschwerden weniger im Vordergrund gestanden hätten, sondern dass die Beschwerdeführerin initial stärker durch die somatischen Unfallfolgen (anfangs stärker ausgeprägte Okulomotorius -Parese und posttraumatische Schwindelbeschwerden) eingeschränkt gewesen sei. Diese somatischen Beschwerden seien im Verlauf in den Hintergrund getreten, während die affektiven Befunde in den Vordergrund gekommen seien. Insgesamt könne ein schwankender Verlauf angenommen werden, was sich im unterschiedlichen Ausmass der neurokognitiven Funktionsstörungen widerspiegele. Damit einhergehend könne auch das Ausmass der Arbeitsfähigkeit schwankend gewesen sein, die retrospektive Herleitung eines exakten Verlaufs sei daher schwierig.

Die Einschätzung einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit im Rahmen des Vor gutachtens vom November 2016 könne aus heutiger Sicht nicht geteilt werden, da trotz remittierter depressiver Symptomatik zum damaligen Zeitpunkt eine leichte kognitive Störung bereits nachweisbar gewesen sei.

Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ohne Zeitdruck, ohne Publikumsverkehr, ohne weitere zusätzliche Stressoren wie Schicht- und Nachtdienst und unter Berücksichtigung des orthopädischen Belastungsprofils (ausschliesslich körperlich leichte Arbeiten ohne die Notwendigkeit, Zwangshaltungen einzunehmen und ohne die Notwendigkeit zu knien oder auf Leitern oder Gerüsten zu arbeiten) könne etwas höher sein als in der angestammten Tätigkeit. Diese sei konsensual auf 50 % zu schätzen (S. 11 Ziff. 4.8). 4.6

Dr. L. \_\_\_ stimmte in ihrem Schreiben vom 21. November 2022 dem Z. \_\_\_ -Gutachten vollumfänglich zu. Sie bestätigte relevante neuropsychologische Ausfälle bei der Beschwerdeführerin, welche zu einer reduzierten Arbeitsfähigkeit führen würden (Urk. 7). 5.

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