

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00499 vom 24. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00499](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00499)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00499 du 24 février 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00499 del 24 febbraio 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 1. April 2009 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C\_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt

zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.3 Die den Invaliditätsgrad sowie dessen Bemessung betreffenden rechtlichen Grundlagen (Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG) sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1 unten). Darauf kann, mit nachfolgenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin kein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Es habe keine psychiatrische Diagnose gestellt werden können, welche ihre Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft einschränke (S. 1 unten). Aus somatischer Sicht sei ihr sowohl die bisherige Tätigkeit als Chauffeuse als auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar (S. 2 oben, S. 2 Mitte).

2.2 Beschwerdeweise (Urk. 1) machte die Beschwerdeführerin demgegenüber im Wesentlichen geltend, aufgrund feststellbarer organisch struktureller Schädigungen sei von einem invaliditätsrelevanten Gesundheitsschaden auszugehen (S. 10 Mitte). In der audio-neurootologischen und äquilibriummetrischen Beurteilung hätten ihre Beschwerden objektiviert werden können (S. 7 Mitte, S. 8 unten). Es lägen objektive audio-neuro-otometrische Befunde vor (S. 9 unten). Die aktenkundigen ärztlichen Zeugnisse würden sodann belegen, dass sie seit August 2008 bis heute und bis auf Weiteres zu 70 % arbeitsunfähig sei (S. 10 ff., S. 13 unten), womit ein eine ganze Rente begründender Invaliditätsgrad von 81 % resultiere (S. 15).

Einverstanden war die Beschwerdeführerin mit der von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die psychiatrische Begutachtung vertretene Auffassung, dass sie aus rein psychiatrischer Sicht in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei (S. 12 unten).

2.3. Streitig und zu präzisieren ist, ob bei der Beschwerdeführerin ein rentenbegründender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist.

### E. 3

3.1. Die Beschwerdeführerin fiel am 20. April 2006 von der Laderampe ihres Lastwagens aus einer Höhe von zirka 1.5 Metern auf den Hinterkopf und den Rücken (Urk. 11/7/36 unten, Urk. 11/7/56, Urk. 11/7/60). Am 29. Mai 2006 verlor sie am Steuer ihres Lastwagens das Bewusstsein und fuhr ungebremst in einen Stützpfiler (Urk. 11/7/54, Urk. 11/7/56).

3.2. Vom 20. bis 21. April 2006 war die Beschwerdeführerin im Spital C.\_\_\_\_, Chirurgie, hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 21. April 2006 (Urk. 11/8/5-6) nannten die behandelnden Ärzte als Diagnose eine Commotio cerebri (S. 1 Mitte). Sie führten aus, die Abklärung habe kleine Kontusionsmarken mit einer Druckdolenz occipital rechts und eine leichte Druckdolenz über der Halswirbelsäule (HWS) ergeben. Die Beweglichkeit der HWS sei frei und schmerzlos. Die neurologische Überwachung während 24 Stunden sei problemlos verlaufen. Die Beschwerdeführerin sei am 21. April 2006 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (S. 1 unten).

Im Bericht vom 19. Januar 2007 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/8/1-4) wurde sodann ergänzend festgehalten, die Beschwerdeführerin sei vom 20. bis 23. April 2006 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit voll arbeitsunfähig gewesen (lit. B).

### E. 3.3

3.3.1. Dr. med. D.\_\_\_\_, Ärztin für Neurologie, erstattete am 21. Juni 2006 einen Bericht (Urk. 11/7/27-28). Sie führte aus, nach Meinung der Beschwerdeführerin sei es beim Sturz vom 20. April 2006 nicht zu einer Bewusstlosigkeit gekommen. Es sei ihr jedoch übel gewesen, und sie habe zwei Mal erbrochen. Dr. D.\_\_\_\_ berichtete, nach anfänglichen heftigen Kopfschmerzen und Schwindel habe sich die Beschwerdeführerin recht gut erholt. Sie fühle sich nur immer noch etwas müde und könne sich schlechter als früher konzentrieren (S. 1 unten). Hinsichtlich des zweiten Unfallereignisses vom 29. Mai 2006 bestehe in diagnostischer Hinsicht ein Verdacht auf eine amnestische Episode (S. 1 Mitte). Der Befund des am 20. Juni 2006 erstellten Elektroenzephalogramms (EEG) lasse nicht auf eine Epilepsie schliessen. Um diese Differenzialdiagnose jedoch mit grösserer Sicherheit ausschliessen zu können, schein es sinnvoll, noch ein Schlafentzugs-EEG durchzuführen. Bis dahin sei die Beschwerdeführerin als Chauffeuse arbeitsunfähig (S. 2 unten).

3.3.2. Am 27. Juni 2006 (Urk. 11/7/25-26) berichtete Dr. D.\_\_\_\_, im Schlafentzugs-EEG vom gleichen Tag habe sich kein eindeutig pathologischer Befund gefunden. Heute Morgen sei es jedoch zu einer erneuten Episode mit Bewusstlosigkeit gekommen, wobei die Beschwerdeführerin meine, diese habe bis zu einer halben Stunde gedauert. Die Beschwerdeführerin fühle sich psychisch extrem labil und sei auch immer noch ständig müde. Um einen Kontusionsherd sicher ausschliessen zu können, sei eine nochmalige bildgebende Diagnostik mittels Kernspintomographie (MRI) notwendig. Sollte sich im MRI kein pathologischer Befund ergeben, müsste man von einer verzögerten Erholung von der Commotio ausgehen. Als Chauffeuse sei die Beschwerdeführerin vorerst weiterhin arbeitsunfähig (S. 1 Mitte, S. 2).

3.3.3.4 Mit Bericht vom 17. Juli 2006 (Urk. 11/7/29-30) fÄhrte Dr. D.\_\_\_\_ aus, seit der Episode mit Bewusstlosigkeit am 27. Juni 2006 sei es nicht mehr zu solchen Episoden gekommen (S. 1 Mitte). Die BeschwerdefÄhrerin berichte im Moment vor allem Äber stÄndige MÄdigkeit und Interesslosigkeit. Im Vordergrund stehe jetzt eine deutlich gehemmt-depressive Symptomatik (S. 1 unten). Diese sei als Folge einer cerebralen StoffwechselstÄrung im Rahmen der Commotio cerebri zu interpretieren (S. 1 unten). Die BeschwerdefÄhrerin werde nun versuchsweise mit Sertralin behandelt und sei sicher weiterhin arbeitsunfÄhig (S. 2).

3.3.4.4 Am 4. September 2006 (Urk. 11/7/31-32) berichtete Dr. D.\_\_\_\_, seit der letzten Untersuchung im Juli 2006 sei es zwei Mal zu einer kurzen Bewusstlosigkeit gekommen, wobei die BeschwerdefÄhrerin jeweils schnell wieder klar gewesen sei. Sie klage Äber stÄndige MÄdigkeit tagsÄber und Äber Schlaflosigkeit in der Nacht (S. 1 unten). Dr. D.\_\_\_\_ Äusserte den Verdacht, dass die wiederholten Episoden mit kurzer Bewusstlosigkeit, in denen die BeschwerdefÄhrerin in sich zusammensackte, psychogenen Ursprungs seien (S. 2).

3.4.4.4 Am 9. November 2006 wurde die BeschwerdefÄhrerin durch SUVA-Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt fÄr OrthopÄdische Chirurgie FMH, untersucht. In seinem vom gleichen Tag datierenden Bericht (Urk. 11/7/8-11) fÄhrte er aus, die BeschwerdefÄhrerin klage Äber dauernde Kopfschmerzen und einen schlechten Schlaf (S. 2 Mitte). Sie habe vorwiegend Schmerzen im Hinterkopf und im Nacken, die aber nicht weiter ausstrahlten. Zu AnfÄllen von Bewusstlosigkeit sei es letztmals im September gekommen (S. 3 oben). Seit dem Unfall habe sie 25 Kilogramm zugenommen. Bei der Untersuchung bewege sich die BeschwerdefÄhrerin flÄssig, ohne Unsicherheit. Die Beweglichkeit der Brust- und LendenwirbelsÄule (BWS und LWS) sei gut. Die HWS zeige ebenfalls eine gute Funktion. Die Nuchalmuskulatur sei nicht besonders verspannt oder empfindlich (S. 3 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die BeschwerdefÄhrerin fÄhrte sich vor weiteren AnfÄllen. Sie sei vorwiegend zu Hause und gerate zunehmend in eine Dekonditionierung sowie in eine gewisse depressive Verstimmung. Bei der heutigen Untersuchung erscheine sie in der Stimmung gedÄmpft, aber nicht depressiv. Er sehe eine Roborierung der BeschwerdefÄhrerin unter kontrollierten Bedingungen vor und werde zu diesem Zweck fÄr eine Anmeldung in der Rehaklinik F.\_\_\_\_ besorgt sein. Blieben dort AbsenzzustÄnde aus, werde sich das Selbstvertrauen der BeschwerdefÄhrerin wieder derart verbessern, dass sie wieder als arbeitsfÄhig erklÄrt werden dÄrfe. FÄr den Moment bestÄtigte er jedoch die ArbeitsunfÄhigkeit (S. 4).

3.5.4.4 Die HausÄrztin der BeschwerdefÄhrerin, Dr. med. G.\_\_\_\_, FachÄrztin fÄr Innere Medizin FMH, berichtete am 31. Januar 2007 (Urk. 11/9/3-5). Als Diagnose mit Auswirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit nannte sie einen Status nach DÄmmerzustand am 29. Mai 2006 und eine Episode mit Bewusstseinsverlust am 27. Juni 2006 sowie eine depressive Symptomatik, bei Status nach Commotio cerebri im April 2006 (lit. A).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie fÄhrte aus, die BeschwerdefÄhrerin stehe seit dem 24. April 2006 in ihrer Behandlung (lit. D.1). Da nach der stationÄren Beobachtung im Spital C.\_\_\_\_ (vgl. Erw. 3.2) Kopfschmerzen und Schwindel persistiert hÄtten, sei ein Computertomogramm (CT) des Neurokraniums und spÄter ein MRI des SchÄdels durchgefÄhrt worden, welche jedoch keine pathologischen Befunde zum Vorschein

gebracht hätten. Nach Gabe von NSAR und Physiotherapie hätten sich die Beschwerden gebessert und die Beschwerdeführerin habe die Arbeit wieder aufgenommen. Beim Unfall vom 29. Mai 2009 habe sie keine neuen Verletzungen davongetragen. Die im Verlauf durchgeführten neurologischen Abklärungen hätten keine richtig fassbaren Befunde ergeben. Klinisch bestehe eine progrediente Zustandsverschlechterung mit Schmerzprogredienz und Depression, insbesondere nachdem der Beschwerdeführerin die Arbeitsstelle gekündigt worden sei (lit. D.3). Bei der letzten Besprechung am 20. Januar 2007 habe die Beschwerdeführerin agitiert-depressiv, sehr klagsam sowie sehr auf die Schmerzsymptomatik eingengt gewirkt und habe kaum zuhören können (lit. D.5). Sie beklage anhaltende, durch Schmerzmittel und Physiotherapie nicht beeinflussbare Kopf- und Nackenschmerzen, Gedächtnis-, Konzentrations- und Schlafstörungen (lit. D.4).

Als Chauffeuse sei die Beschwerdeführerin vom 20. April bis 22. Mai 2006 voll arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 29. Mai 2006 bestehe in dieser Tätigkeit bis auf Weiteres erneut eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 100 % (lit. B).

Vom 6. Dezember 2006 bis 8. Februar 2007 war die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik F.\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 11/16/15 Mitte), wo am 13. Dezember 2006 auch eine neuropsychologische Abklärung erfolgte (vgl. den neuropsychologischen Bericht vom 14. Dezember 2006, Urk. 11/16/22-25).

Im Austrittsbericht vom 28. Februar 2007 (Urk. 11/16/15-21) nannten Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Medizinischer Leiter, Neurologische Rehabilitation, und Dr. med. I.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Neurologische Rehabilitation, folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- Sturz vom 20. April 2006
- leichte traumatische Hirnverletzung
- erneuter Sturz vom 29. Mai 2006
- Status nach Dämmerzustand unklarer Genese
- Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom
- Übergewicht
- Gonadendysgenese

Sie führten aus, die aktuellen Probleme der Beschwerdeführerin seien okzipitale Kopf- und Nackenschmerzen, unklare Episoden von Bewusstlosigkeit, Schlafstörungen, eine leichte neuropsychologische Störung sowie eine Anpassungsstörung und eine depressive Reaktion, wahrscheinlich mit Aspekten einer larvierten Depression (S. 1 Mitte). Da diverse Schmerzmittel in der Vergangenheit nicht den gewünschten Erfolg gezeigt hätten, seien sie trotz wiederholten Drängens der Beschwerdeführerin bei der Verabreichung von Analgetika zurückhaltend gewesen (S. 2 unten).

Nach dem Unfallereignis vom 29. Mai 2006 sei es noch zwei Mal zu ähnlichen Bewusstlosigkeiten gekommen. Nachdem jedoch auch die von ihnen durchgeführten ergänzenden diagnostischen Untersuchungen keine Auffälligkeiten gezeigt hätten, bleibe deren Genese letztlich unklar. Während der Hospitalisation seien

solche aber auch nicht mehr aufgetreten (S. 2 Mitte). Die klinische Untersuchung habe eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS ergeben. Für eine radikale Reiz- oder Ausfallsymptomatik bestünden keine Anhaltspunkte. Die neuropsychologischen Untersuchungsbefunde wiesen auf leichte neuropsychologische Störungen hin mit im Vordergrund stehenden Einschränkungen der Umstellfähigkeit sowie leichten Konzentrationsschwächen, die aller Wahrscheinlichkeit nach Folge eines Mischbildes aus durchgemachter milder traumatischer Hirnverletzung (MTBI), Schmerzen, Verunsicherung, Energielosigkeit, Ermüdung sowie einer reaktiv-deprimierten Stimmung seien (S. 2 unten). Zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen bestehe infolge der neuropsychologischen Funktionsstörung eine leichte kognitive Leistungsminderung, die keine Folge einer primär hirnorganischen Schädigung, sondern eher Ausdruck des chronifizierten Beschwerdebildes sei (S. 1 unten).

Was die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin anbelange, so sei ihr eine leichte bis mittelschwere körperliche und kognitive Tätigkeit vollumfänglich zumutbar. In der Tätigkeit als Mitarbeiterin bei der B. AG, bei welcher sie ab Februar 2007 tageweise einen Arbeitseinsatz beginnen könne, liege keine relevante Arbeitsunfähigkeit vor. Zur Anpassung und Angewöhnung sei für maximal zwei Monate von einer stundenweisen Tätigkeit und anschliessend während maximal zwei Monaten von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen (S. 2 oben, S. 3 unten).

Am 10. Juli 2007 wurde die Beschwerdeführerin durch SUVA-Kreisarzt Dr. med. J., Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, untersucht. In seinem vom gleichen Tag datierenden Bericht (Urk. 11/17/2-6) führte dieser aus, die Beschwerdeführerin gebe als Hauptproblem nach wie vor Nacken- und Kopfschmerzen an, wobei sich letztere auf die okzipitale Region beschränkten. Die Schmerzen seien Tag und Nacht vorhanden. Seit dem zweiten Unfallereignis habe sie zudem nicht genau lokalisierbare Schmerzen im linken Arm. Schwindel und Nausea stellten hingegen kein Problem mehr dar. Wegen den zervikozephalen Schmerzen leide sie auch unter Schlaflosigkeit (S. 3 oben). Im Mai 2007 sei sie überdies wegen eines Geräusches im linken Ohr abgeklärt worden. Wegen ihrer Kopfschmerzen und den Problemen mit dem linken Arm könne sie bei der B. AG nur zwei oder drei Stunden pro Tag arbeiten, obwohl sie für jeweils vier Stunden eingeteilt sei (S. 3 Mitte).

Bei der heutigen klinischen Untersuchung der Beschwerdeführerin hätten sich keine Hinweise auf eine durch den Unfall erlittene organische, strukturelle Veränderung ergeben. Die Nacken- und Kopfschmerzen würden sehr diffus beschrieben. Die bewegungsabhängige Schmerzhaftigkeit könne nicht zugeordnet werden, die Angaben über die Schmerzlokalisierung seien dabei viel zu pauschal. Die beklagten Beschwerden seien am ehesten im Zusammenhang mit der depressiven Stimmungslage der Beschwerdeführerin zu sehen. Auch die jahrelange Überbelastung (Vollzeittätigkeit als Chauffeuse, Nebentätigkeit bei der B. AG, Austragen von Zeitungen, Führung eines Zweipersonenhaushalts) könne hier eine Rolle spielen (S. 5 Mitte).

Für leichte bis mittelschwere Arbeiten sei die Beschwerdeführerin vollumfänglich arbeitsfähig, wie dies bereits die Ärzte der Rehaklinik F. festgehalten hätten. Er hätte auch keine Bedenken, die Beschwerdeführerin wieder als Chauffeuse arbeiten zu lassen, da aufgrund der neurologischen Untersuchung eine Epilepsie ja habe ausgeschlossen werden können. Natürlich wäre dabei das erneute Auftreten

der als psychogen interpretierten Bewusstseinsstörungen möglich, dies allerdings nicht als Folge der beiden Unfallereignisse. Heute fahre die Beschwerdeführerin mit ihrem Personenwagen wieder ohne Probleme, dies im täglichen städtischen Verkehr, aber auch in ihre Heimat K. (S. 5 unten).

3.8 Dr. med. L., Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, berichtete am 27. August 2007 (Urk. 11/19) und führte aus, bei der Beschwerdeführerin im Vordergrund ständen therapieresistente Nacken- und Kopfschmerzen, kognitiv-mnestische Störungen sowie fluktuierende Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden mit Sturzgefahr und mit Episoden kurzer Bewusstseinsstörung (S. 1 Mitte). Die Beschwerdeführerin beklage auch ein fluktuierendes Rauschen im linken Ohr, das drei bis vier Wochen nach dem ersten Unfall aufgetreten sei (S. 2 unten).

Als Diagnosen nannte Dr. L. einen Status nach Contusio capitis und Commotio cerebri et labyrinthi links mit HWS-Abknicktrauma im Rahmen des Sturzunfalles vom 20. April 2006, einen Status nach einem cerviko-cephalen Akzelerations-/Dezelerationstrauma und einer Commotio cerebri im Rahmen der Frontal-Kollision vom 29. Mai 2006 sowie ein postcommotionelles und cerviko-encephales Syndrom mit hochbetonter, gering- bis mittelgradiger sensori-neuraler Schwerhörigkeit links, Tinnitus aurium cochleo-synaptischen Ursprungs links, peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung bei dringendem Verdacht auf multisegmentale Läsionen der cervicalen Facettengelenke und kognitiv-mnestischer Funktionsstörung (S. 8).

Er führte aus, die Beschwerden der Beschwerdeführerin hätten mittels der durchgeführten audio-neuro-otometrischen und Äquilibrimetrischen Tests objektiviert und in den Rahmen eines postcommotionellen und cervikoencephalen Syndroms eingeordnet werden können (S. 12 oben). Mittels der Testverfahren habe festgestellt werden können, dass im Rahmen der Contusio capitis und Commotio cerebri auch eine Commotio labyrinthi links stattgefunden habe. Es handle sich um eine posttraumatische Cochleopathie mit mittel- bis hochgradigem Hochtonverlust mit Metz-Recruitment und fehlenden otoakustischen Emissionen im Hochtonbereich links. Auch der Tinnitus links könne als Folge der Commotio labyrinthi angesehen werden. Die Funktionsstörung innerhalb des Gleichgewichtssystems sei grundsätzlich bimodal mit peripher-zentraler vestibulärer Läsion links und cervico-proprioceptiver Funktionsstörung, wobei zugleich eine visuo-vestibuläre Integrationsstörung und ein cervico-visueller Mismatch festzustellen seien (S. 12 Mitte). Die cochleäre Schädigung im Rahmen der Commotio labyrinthi sei definitiv. Die Hörschwelle links könne therapeutisch nicht mehr verbessert werden. Es sei ein diagnostisch-therapeutisches Verfahren nach N. Bogduk durchzuführen (S. 13 f.).

3.9 Am 10. Juni 2008 berichteten med. pract. M., stellvertretende Oberärztin, und Dr. med. N., Assistenzärztin, Psychiatrie-Zentrum O., Ambulatorium, zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/23). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nannten sie ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10 F07.2) mit Status nach rezidivierenden Synkopen, bestehend seit April 2006 (Ziff. 1.1). Sie führten aus, die Beschwerdeführerin stehe seit 21. September 2006 in ihrer Behandlung (Ziff. 3.1). Initial habe sie sich leicht depressiv präsentiert und Angst gehabt, ihre Arbeit nicht mehr

aufnehmen zu können. Mittels schlafanstossender, antidepressiver Medikation und ambulanter Ergotherapie zur Tagesstrukturierung habe das psychische Zustandsbild weitgehend stabilisiert werden können. Die Beschwerdeführerin habe eine möglicherweise psychische Komponente ihrer Schmerzen strikt abgelehnt (Ziff. 3.7).

Derzeit könne keine erhebliche psychische Krankheit diagnostiziert werden (Ziff. 3.7). Aktuell finden sich keine Symptome einer Depression und auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht gestellt werden (Ziff. 3.3 am Ende). Was die psychischen Ressourcen anbelange, so scheine die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin durch die Schmerzsymptomatik deutlich eingeschränkt zu sein (Ziff. 5.1). Die derzeitige physisch anstrengende Berufstätigkeit als Autowäscherin (20 Stunden pro Woche) scheine für sie eine Belastung darzustellen, welche durch die Schmerzsymptomatik zusätzlich verstärkt werde (Ziff. 5.1-2). Seit November 2007 sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Autowäscherin bei der B. AG zu 80 % als arbeitsunfähig zu erachten (Ziff. 2).

Mit ärztlichem Zeugnis vom 31. Oktober 2008 (Urk. 11/32) nannte Dr. med. P., Facharzt für Innere Medizin FMH, bei welchem die Beschwerdeführerin seit Mai 2008 in Behandlung steht, als Diagnosen Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Tinnitus sowie Nacken- und Schulterbeschwerden bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS, Comotio cerebri und labyrinthi links. Er attestierte ihr vom 1. November 2007 bis 10. August 2008 eine 80%ige und ab 11. August 2008 bis auf Weiteres eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit.

Am 25. November 2008 erstattete Dr. med. Q., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/25).

Dieses stütze sich auf die zur Verfügung gestellten Akten (S. 2 Ziff. 1-2, S. 12 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 2 ff., S. 14 f.) sowie eine am 24. November 2008 erfolgte eigene psychiatrische Untersuchung (S. 2 Ziff. 3, S. 15 f.).

Dr. Q. konnte aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennen (S. 19 Ziff. 1). Sie führte aus, nach dem Stolpersturz im April 2006 habe die Beschwerdeführerin, die sich zentral in ihrem Selbstwert über die Arbeit definiere, im Verlauf mit vorübergehender Depressivität und Mutlosigkeit, nach Einschätzung des behandelnden Psychiaters initial in leichtem Grad, und bald, auch mit vorübergehender Gabe von Antidepressiva, aufhellend reagiert. Hingegen hätten von Anfang an bis heute Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen persistiert und bestehe auch heute noch eine Drehschwindelsymptomatik, die therapeutisch nicht oder kaum hätten beeinflusst werden können (S. 17 Mitte). Die anhaltende Schmerzsymptomatik schränke den Arbeitsradius der Beschwerdeführerin bis heute ein. Die psychiatrische Behandlung sei vor einigen Monaten abgeschlossen worden, psychopathologische Merkmale hätten schon lange keine mehr festgestellt werden können (S. 17 unten). Es präsentiere sich entsprechend zur heutigen psychiatrischen Begutachtung eine in psychopathologischer Hinsicht unauffällige, aufgestellte, mitteilsame Frau, die auch eine sorgfältige Anamneseerhebung zulasse. Dabei liessen sich keine relevanten Konflikte oder Lebenskrisen feststellen, die die Entwicklung einer etwaigen zu diskutierenden Schmerzverarbeitungsstörung hätten anstossen können. Die Beschwerdeführerin imponiere durch gesunde Copingmechanismen, wobei nicht zuletzt ihre sozialen Kompetenzen und ihr Humor von entscheidender Bedeutung

erschienen. Ebenso wenig liessen sich biographische Anhaltspunkte für die Entwicklung einer sogenannten „pain prone personality“ (Schmerzpersönlichkeit) finden (S. 18 oben). Vor diesem Hintergrund insbesondere nicht finden liessen sich Anhaltspunkte für eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; S. 18 Mitte). Auch eine primär psychische Erkrankung (Schmerzen als Ausdruck einer primär seelischen Krankheit wie einer schweren Depression, Schizophrenie oder langjähriger Konversionssymptomatik) lasse sich aufgrund der psychiatrischen Anamnese und Befunderhebung ausschliessen. Die anamnestisch vorübergehende leichte ängstlich-depressive Reaktion im Zeitraum 2006 sowie eine kurze dysphorische Reaktion auf die Einstellung der Taggelder 2007 seien gänzlich remittiert. Auch für das früher postulierte organische Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2) seien heute die Kriterien nicht mehr beziehungsweise ungenügend erfüllt (S. 18 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der freien Wirtschaft nicht eingeschränkt (S. 19 Ziff. 2-3).

#### E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Beim Unfallereignis vom 20. April 2006 zog sich die Beschwerdeführerin eine Commotio cerebri zu. Nach unauffälliger neurologischer Überwachung während 24 Stunden konnte sie das Spital am auf den Unfall folgenden Tag verlassen, wobei ihr bis am 23. April 2006 eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde (Erw. 3.2). In der Folge traten jedoch mehrfach Episoden mit Bewusstseinsverlust auf (vgl. Erw. 3.1, 3.3.1-2, Erw. 3.3.4, Erw. 3.4-5). Bei unklarer Genese dieser Bewusstseinsstörungen attestierte die Neurologin Dr. D. \_\_\_ der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit als Chauffeuse und veranlasste ein EEG sowie ein Schlafentzugs-EEG. Diese fielen indes beide unauffällig aus und es ergaben sich insbesondere keine Anhaltspunkte für eine Epilepsie (Erw. 3.3.1-2). Des Weiteren führten weder ein CT des Neurokraniums noch ein MRI des Schädels pathologische Befunde zu Tage (Erw. 3.5), woraufhin Dr. D. \_\_\_ den Verdacht auf einen psychogenen Ursprung der Episoden äusserte (Erw. 3.3.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im November 2006 attestierte zwar auch SUVA-Kreisarzt Dr. E. \_\_\_ der Beschwerdeführerin noch eine - nicht weiter differenzierte - volle Arbeitsunfähigkeit, äusserte sich aber in Bezug auf die Prognose optimistisch, wobei er eine Arbeitsfähigkeit vor allem vom Ausbleiben von Absenzzuständen während der in die Wege geleiteten Reborierung in der Rehaklinik F. \_\_\_ abhängig machte (Erw. 3.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die im Rahmen des zweimonatigen Aufenthalts in der Rehaklinik F. \_\_\_ vom Dezember 2006 bis Februar 2007 zusätzlich durchgeführten Untersuchungen liessen sodann ebenfalls keine Rückschlüsse auf die Ursache der Episoden mit Bewusstlosigkeit zu (Erw. 3.6). Solche traten aber auch bereits während der Hospitalisation nicht mehr auf und für die Zeit danach sind ebenfalls keine derartigen Episoden mehr dokumentiert. Anlässlich der Begutachtung durch Dr. Q. \_\_\_ im November 2008 gab die Beschwerdeführerin entsprechend an, dass seit Juni 2006 keine Sturzereignisse infolge Bewusstlosigkeit mehr aufgetreten seien und sie sich nun auch wieder uneingeschränkt auf die Strasse traue (Urk. 11/25 S. 7 oben). Somit ist nicht davon auszugehen, dass die ursprünglich im Vordergrund stehenden ätiologisch unklaren Bewusstseinsverluste die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin über längere Zeit massgebend eingeschränkt haben.

4.2. In ihrem Austrittsbericht vom Februar 2007 (Erw. 3.6) attestierten die Ärzte der Rehaklinik F. der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren körperlichen und kognitiven Tätigkeit, wobei sie zur Anpassung und Angewöhnung eine schrittweise Steigerung (zunächst stundenweise, dann 50 %) während maximal vier Monaten als sinnvoll erachteten.

Der organische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wurde während ihrer zweimonatigen Hospitalisation in der Rehaklinik F. umfassend abgeklärt (Urk. 11/16/20 ff.). Den behandelnden Ärzten waren die Vorakten bekannt (Urk. 11/16/18) und sie berücksichtigten die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (Urk. 11/16/16 Mitte, Urk. 11/16/16 f., Urk. 11/16/22). Im Austrittsbericht wird die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist - nicht zuletzt auch angesichts der erhobenen diskreten Befunde (eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, Einschränkungen der Umstellfähigkeit sowie leichte Konzentrationsschwäche) - nachvollziehbar, sodass darauf abgestellt werden kann.

Im Juli 2007 bestätigte im Übrigen auch SUVA Kreisarzt Dr. J. die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die Ärzte der Rehaklinik F., dies, nachdem er im Rahmen seiner Untersuchung keine Hinweise auf organische, strukturelle Veränderungen hatte feststellen können. Er berichtete von diffus beschriebenen Beschwerden und pauschalen Schmerzlokalisationen und sah diese am ehesten im Zusammenhang mit der depressiven Stimmungslage der Beschwerdeführerin (Erw. 3.7).

Während sich die Ärzte der Rehaklinik F. nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Chauffeuse äusserten, schloss Dr. J. eine solche nicht aus. Wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Chauffeuse verhält, kann schlussendlich aber offen gelassen werden, da - auch wenn diesbezüglich eine Einschränkung vorliegen sollte - zumindest in einer angepassten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

4.3. Gestützt auf den Bericht von Dr. L. (Erw. 3.8) ist diese Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen. Abgesehen davon, dass Dr. L. sich nicht zur vorliegend interessierenden Frage der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äusserte, vermag sein Bericht auch inhaltlich nicht zu überzeugen. Dr. L. ging unter Einbezug der biomechanischen und kinematischen Belastung der cervikalen Bewegungssegmente und der endokraniellen neuro-anatomischen Strukturen davon aus, dass es bei der Beschwerdeführerin im Rahmen des ersten Unfalles zu einem HWS-Abknicktrauma und im Rahmen des zweiten Unfalles zu einem cerviko-cephalen Akzelerations-/Dezelerationstrauma gekommen sei (Urk. 11/19 S. 8 oben und S. 9 oben) und machte sodann Ausführungen zu multisegmentalen Läsionen und Symptomenkomplexen nach HWS-Beschleunigungstrauma und/oder HWS-Abknicktrauma (Urk. 11/19 S. 9 unten und S. 10 oben). Allerdings sind weder das erste noch das zweite Unfallereignis unfallmechanisch dokumentiert und betreffend das zweite existieren insbesondere auch keine echtzeitlichen Arztberichte, welche die Annahme von Dr. L. untermauern würden. Vielmehr bemerkte die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. G., in ihrem Bericht vom Januar 2007 (Erw. 3.5), die Beschwerdeführerin habe sich anlässlich des zweiten Unfallereignisses keine neuen Verletzungen zugezogen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Soweit ersichtlich, kam Dr. L. \_\_\_ mittels seiner Untersuchungsmethoden im Wesentlichen zum Schluss, dass im Rahmen einer Contusio capitis und einer Commotio cerebri auch eine Commotio labyrinthi links stattgefunden haben soll, im Rahmen welcher es zu einer definitiven mittel- bis hochgradigen cochleären Hörverschädigung links, einem linksseitigen Tinnitus sowie einer Funktionsstörung innerhalb des Gleichgewichtssystems gekommen sei. Was die Schwindelbeschwerden anbelangt, so fällt auf, dass die Beschwerdeführerin während der zweimonatigen Hospitalisation in der Rehaklinik F. \_\_\_ offenbar keine solchen beklagt hatte. Jedenfalls geht dies nicht aus dem Austrittsbericht (Erw. 3.6) hervor. Zudem gab sie im Juli 2007 im Rahmen der Untersuchung durch SUVA-Kreisarzt Dr. J. \_\_\_ explizit an, nicht mehr unter Schwindel und Nausea zu leiden (Erw. 3.7). Auch während der psychiatrischen Begutachtung im November 2008 machte die Beschwerdeführerin vordergründig keine sie erheblich beeinträchtigenden Schwindelbeschwerden geltend, sondern berichtete lediglich von einem Drehschwindel, der nur in sehr kurzen, sekundenweisen Attacken aufträte und sich sehr gebessert habe, seit sie Berocca einnehme (Urk. 11/25 S. 6 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vor diesem Hintergrund ist nicht davon auszugehen, dass eine ausgeprägte Schwindelsymptomatik die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wesentlich beeinträchtigt. Gleich verhält es sich mit der durch Dr. L. \_\_\_ objektivierten Hörverschädigung. Die Beschwerdeführerin machte keinem der behandelnden Ärzte gegenüber geltend, dass sie schlecht höre und deswegen im Alltag eine erhebliche Beeinträchtigung erfahre. Dr. Q. \_\_\_ gegenüber gab sie gar an, es bestehe eine erhöhte Sensibilität für Hörreize (Lärmempfindlichkeit; Urk. 11/25 S. 6 unten). Dass sich das von der Beschwerdeführerin seit Mai 2007 beklagte Geräusch im linken Ohr (vgl. Erw. 3.7), welches Dr. L. \_\_\_ einem Tinnitus im Sinne eines Schmalbandrauschens bei 6000 Hz mit der Lautstärke von 5 bis 10 dB/SL zuordnete (Urk. 11/19 S. 3 unten), wesentlich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken würde, ist sodann nicht ausgewiesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Abgesehen davon ist nach der Rechtsprechung der Aussagewert von Erkenntnissen, welche mit der von Dr. L. \_\_\_ zur Abklärung nicht fassbarer Gleichgewichtsstörungen angewandten Untersuchungsmethode der dynamischen Posturographie gewonnen wurden, ohnehin insofern begrenzt, als sie keine Informationen zur Ätiologie solcher Störungen liefern. Mehrfach schon hat sich das Bundesgericht zu dieser Methode geäußert und dabei festgehalten, dass sich eine Unfallfolge mittels Posturographie nicht organisch objektiv nachweisen lässt (statt vieler: Urteil vom 29. November 2010, 8C\_416/2010, Erw. 3.4). Vor diesem Hintergrund ist es umso bemerkenswerter, dass ausgerechnet Dr. L. \_\_\_ eine Reihe von - angeblich unfallkausalen - Diagnosen stellte, welche in den seit dem Unfall verstrichenen über zwei Jahren bisher in keiner einzigen ärztlichen Beurteilung genannt worden waren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem die Beurteilung durch Dr. L. \_\_\_, soweit sie als verständlich bezeichnet werden kann, keine Angaben zu einer allfälligen durch die von ihm postulierten Leiden verursachten Arbeitsunfähigkeit enthält, erbringt es sich, weiter auf sie einzugehen.

4.4 Ä Ä Ä Ä Auch das ärztliche Zeugnis von Dr. P. \_\_\_ vom Oktober 2008 (Erw. 3.10) ist nicht geeignet, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die Ärzte der Rehaklinik F. \_\_\_ und SUVA-Kreisarzt Dr. J. \_\_\_ in Frage zu stellen. Die

Einschätzung durch Dr. P.\_\_\_\_ ist weder durch Befunde unterlegt noch nachvollziehbar begründet. Zudem ist seine Angabe zur Arbeitsfähigkeit zu pauschal, da er nicht zwischen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit differenziert.

4.5 Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus organischer Sicht seit der Entlassung aus der Rehaklinik F.\_\_\_\_ in einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig ist.

5. Im November 2008 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. Q.\_\_\_\_ psychiatrisch begutachtet (Erw. 3.11).

Die Beschwerdeführerin beanstandete zu Recht nicht, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Q.\_\_\_\_ davon ausging, bei ihr liege kein psychischer, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden vor, denn das Gutachten von Dr. Q.\_\_\_\_ erfüllt unbestrittenermassen die praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (Erw. 1.4.2). Zu betonen ist, dass sich Dr. Q.\_\_\_\_ insbesondere auch eingehend mit den abweichenden Einschätzungen aus dem psychiatrischen Fachgebiet auseinandersetzte (Urk. 11/25 S. 20 unten) und ihre Einschätzung nachvollziehbar begründete. In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ist das Gutachten von Dr. Q.\_\_\_\_ somit als massgebend zu erachten, weshalb davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung in ihrer Arbeitsfähigkeit erfährt.

## E. 6

6.1 Zu prüfen bleibt der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin.

6.2 Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (Urk. 11/30) blieb - abgesehen davon, dass die Beschwerdeführerin bei der Ermittlung des Invalideneinkommens zu Unrecht (vgl. Erw. 4) von einer lediglich 30%igen Arbeitsfähigkeit ausging - beschwerdeweise unbestritten und ist im Wesentlichen nicht zu beanstanden.

6.3 Im Jahr des mutmasslichen Rentenbeginns (2007) hätte die Beschwerdeführerin unter Annahme, es wäre ihr wie in den Jahren 2005 und 2006 ein 13. Monatslohn ausbezahlt worden, bei der Y.\_\_\_\_ AG einen Jahreslohn von 58'500.-- erzielen können (Urk. 11/10 Ziff. 16 und Ziff. 20). Aus dem IK-Auszug (Urk. 11/6) geht hervor, dass sie im Nebenverdienst beim A.\_\_\_\_ in den Jahren 2003, 2004 und 2005 jeweils Fr. 5'850.-- erzielt hatte. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Jahr 2006 von 1.2 % und im Jahr 2007 von 1.6 % resultiert in dieser Nebentätigkeit somit für das Jahr 2007 ein massgebendes Einkommen von Fr. 6'015.-- (Fr. 5'850.-- x 1.012 x 1.016). Bei der Ermittlung des bei der B.\_\_\_\_ AG erzielbaren zweiten Nebenverdienstes stellte die Beschwerdeführerin sodann zu Recht auf den Durchschnitt der Jahre 2003 bis 2005 gemäss Angaben im IK-Auszug ab, war doch die Beschwerdeführerin ab 2003 im Hauptverdienst bei der Y.\_\_\_\_ AG tätig und wäre dies auch weiterhin gewesen. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung resultiert in dieser Tätigkeit für das Jahr 2007 somit ein massgebendes Einkommen von 3'528.-- ([Fr. 3'080.-- + Fr. 2'557.-- + Fr. 4'657] : 3 x 1.012 x 1.016). Somit ergibt sich für das Jahr 2007 ein Valideneinkommen von Fr. 68'043.-- (Fr. 58'500.-- + 6'015.-- + 3'528.--).

6.4. Die Ermittlung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen ab. Der im Rahmen der Lohnstrukturerhebung ermittelte Durchschnittslohn der Frauen, die einfache und repetitive Tätigkeiten ausübten, belief sich im Jahr 2006 auf monatlich Fr. 4'019.-- (LSE 2006, Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2008, Tabelle A1, Niveau 4, Total). Diesem liegt eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde. Sodann sind der 13. Monatslohn sowie allfällige Sonderzahlungen im Tabellenlohn bereits miteinbezogen, weshalb die Festsetzung des Jahreslohnes lediglich der Faktor 12 zu verwenden ist. Ausgehend vom genannten Einkommen, der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2007 von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2010, S. 90, Tabelle B9.2) sowie der Nominallohnentwicklung im Jahr 2007 von 1.6 % ergibt dies im Zeitpunkt des Rentenbeginns im Jahr 2007 ein Jahreseinkommen von Fr. 51'085.-- (Fr. 4'019.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.016). Die Beschwerdegegnerin gewährte sodann einen nicht zu beanstandenden Abzug vom Tabellenlohn von 10 %, womit ein Invalideneinkommen von Fr. 45'977.-- resultiert.

6.5. Ausgehend von einem Valideneinkommen für das Jahr 2007 von Fr. 68'043.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 45'977.-- ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 22'066.--. Entsprechend resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 33 %.

Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin erweist sich somit als rechtmässig. Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen.

7. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Ivo Wiesendanger
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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).

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