

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00801 vom 31. Oktober 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00801

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00801 du 31 octobre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00801 del 31 ottobre 2014

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] in der seit dem 1. Januar 200

E. 1.3.1

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

E. 1.3.2

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

E. 1.4

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 Vorak ten (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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Es sei der Beschwerdeführerin ab 3. März 2012 mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen.

E. 2.1

Dr. med. C.____ ,

Innere Medizin und Rheumatologie FMH, welcher die Beschwer deführerin seit 1 4. Oktober 2009 betreut, berichtete am 2 5. Januar 2010 (Urk. 8/12/45-46) über die bisherige symptomatische Therapie und ver neinte unter Hinweis auf angefertigte Röntgenaufnahmen das Vorliegen ossärer Läsionen an Ellbogen , Schulter und Becken (Urk. 8/12/36). Sonographisch habe sich keine relevante Rotatorenmanschettenruptur ergeben, ein neurologisches Konsilium habe keine relevante Neuropathie gezeigt (Urk. 8/12/30-32) .

Mit Bericht vom 1 2. Dezember 2010 (Urk. 8/16/1-2) zu Handen der Beschwerde gegnerin stellte er folgende Diagnose n (Ziff. 1.1): 1.

Status nach Sturz am 2 2. September 2009 mit -

Periarthropathia

humero

scapularis (PHS) tendopathica links (Musculus

Supraspinatus) -

niedriggradige Partialruptur Supra- und Infraspinatus , Sub scapularissehne , Verdacht auf HAGL-Läsion (Arthro -MRI linke Schulter 1 9. Februar 2010) 2.

Chronisches spondylogenes Schmerzsyndrom der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) links -

kleine fokale Diskushernie L3/4 foraminal links, L4/5 foraminal links und L5/S1 recessal / foraminal rechts ohne Kontakt zur Nervenwurzel, kleines Hämangiom Lendenwirbelkörper (LWK) 2 (MR LWS 1 8. Oktober 2010) 3.

Symptomatisches Karpaltunnelsyndrom (CTS) links mit Brachialgia

nocturna -

positive elektrophysiologische Untersuchung durch Dr. D.____ vom 11. November 2009 4.

Verdacht auf symptomatisches femoro-acetabuläres

Impingement Hüfte links

Er hielt fest, dass rein organisch mit einer sukzessiven Beschwerdereduktion zu rechnen wäre und eine gewisse Symptomausweitung zu bestehen scheine (Ziff. 1.4). Er attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall und

ab 1. Dezember 2010 eine solche von 50 % in einer Tätigkeit mit Gewichtslimiten von 10 kg und ohne Überkopfarbeiten (Ziff. 1.6).

Am 7. Januar 2011 (Urk. 8/23) ergänzte Dr. C.____ , bei der attestierten Arbeitsfähigkeit (50 % in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit) handle es sich um eine „Übergangslösung“, welche er in Übereinstimmung mit dem Oberarzt der Rheumatologie des E.____ eingeschlagen habe. Langfristig sei die Beschwerdeführerin aus rein rheumatologischer Sicht für eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig.

Am 13. Januar 2012 (Urk. 8/53) attestierte er eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall bis Oktober 2010, gefolgt von einer nach wie vor an dauernden 50%igen. 2 .2

Dr. med. F.____ , Chefarzt Rheumatologie am

E.____ , diagnostizierte am 27. Juli 2010 (Urk. 8/25) einen Status nach Schulterkontusion links mit Partialruptur der Supraspinatussehne . Er schilderte ein äusserst symptomatisches Gelenk mit auffallendem Bewegungsmuster, welches sich durch die MR-tomographisch dokumentierten Veränderungen kaum erklären lasse. Von einem chirurgischen Vorgehen riet er ab, da eine grosse Gefahr einer Verschlechterung der Situation bestehe .

Am 12. Januar 2011 (Urk. 8/27) ergänzte Oberarzt Dr. med. G.____ , er habe der Beschwerdeführerin ab 29. November 2010 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. In einer angepassten Tätigkeit wäre ab diesem Datum auch eine 80%ige Arbeitsfähigkeit möglich. Die weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit hänge vom weiteren Ansprechen auf die therapeutischen Massnahmen (CTS, Infiltration Hüfte links) ab.

E. 2.3.1

Am 6. Juli 2011 (Urk. 8/34/10-57) erstatteten Dr. med. H.____ , Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie, Dr. med. I.____ , Facharzt FMH Neurologie, und Dr. med. J.____ ,

Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, von der A.____ ihr polydisziplinäres Gutachten zu Handen des Unfallversicherers . 2. 3 .2

Die Ärzte hielten unter Hinweis auf die medizinischen Dokumente unmittelbar nach dem Unfall fest (S. 26 f.) , die Beschwerdeführerin habe Kontusionen primär der Weichteile der linken Körperseite (Schulter, Gesäss) sowie des linken Ellbogens erlitten . Es habe keine Bewusstseinsstörung und somit keine traumatische Hirnverletzung als mögliche Grundlage eines postcommotionellen Syndroms bestanden . Dazu sei aufgrund der Befunde vorerst keine Rotatorenmanschettenläsion nachgewiesen beziehungsweise als mögliche Grundlage der Beschwerden diskutiert worden . Es handle sich gemäss medizinischer Dokumentation um Verletzungen, welche keine unmittelbare medizinische Intervention erfordert hätten . Aufgrund der verfügbaren Unterlagen hätten keine relevanten Verletzungen nachgewiesen werden können . Insbesondere seien relevante strukturelle Läsionen ausdrücklich ausgeschlossen worden , worauf basierend eine Erholung innerhalb von wenigen Tagen bis höchstens einigen Wochen habe erwartet werden müssen. Statt einer Restitution sei es im weiteren Verlauf zur Eskalation der Symptome gekommen .

Die im

Arthro -MRI der linken Schulter rund 5 Monate nach Unfall nachgewiesenen Partialrupturen der Supra-, Infraspinatus - und Subscapularissehne

seien vorerst als Folge des Unfalls interpretiert worden . Der Verlauf im Rahmen der eingeleiteten Behandlungen habe sich als protrahiert gezeigt . Insbesondere sei eine Kapsulitis der linken Schulter erwogen (allerdings nicht bestätigt) und eine orthopädische Konsultation eingeleitet worden . Im Verlauf bis zur schulter orthopädischen Untersuchung finde sich in den verfügbaren Akten keine Erwähnung von anderen Beschwerden

ausser den Symptomen an der linken Schulter. Bereits vor der orthopädischen Untersuchung sei allerdings explizit auf ein Missverhältnis zwischen den angegebenen Beschwerden und objektifizierbaren Befunden hingewiesen worden .

Anlässlich der orthopädischen Untersuchung im E.____

im Mai 2010 sei keine offensichtliche traumatisch ausgelöste Pathologie in der linken Schulter erkannt beziehungsweise diskutiert worden . Die Diagnose sub acromiales

Impingement der linken Schulter deute auf eine unspezifische Beschwerdeverursachung hin . Die leichtgradige

Rotatorenmanschettenläsion

sei zwar auf den Sturz zurückgeführt, diese Zuordnung jedoch nicht eingehend diskutiert worden . Auch anlässlich der Kontrolle im Juli 2010 seien Hinweise auf eine fehlende positive Korrelation zwischen den Befunden und den Beschwerden hervorgehoben worden . Anlässlich der ersten orthopädischen Konsultation sei die fehlende positive Wirkung der im Mai 2010 durchgeführten Infiltration der linken Schulter auffallend gewesen . Die Infiltration habe gar zu einer Akzentuierung der Beschwerden geführt , was bei Störungen vor

dem Hintergrund der strukturellen Läsionen kaum, hingegen bei somatisch nicht ausreichend erklärbaren Symptomen häufig beobachtet werde . Es sei im Juli 2010 beidseitig eine kräftige Rotatorenmanschette nachgewiesen worden , womit die partielle Läsion, welche im MRI vom Februar 2010 diagnostiziert worden sei, ungeachtet der

Genese die von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden offensichtlich nicht erklär e. 2. 3 .3

Die Gutachter führten in ihrer Beurteilung aus (S. 26 f.), die Synopsis der Angaben in den Akten seit dem Unfall ergebe unter Berücksichtigung der klinischen und der bildgebenden Untersuchungen kaum Hinweise auf Beschwerden, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Verursachung durch strukturelle Läsion hindeuteten, die durch den erwähnten Unfall ausgelöst worden seien. Ohne eine strukturelle Läsion lasse sich weder die Persistenz der Beschwerden, noch die Wirkungslosigkeit der durchaus adäquaten Therapiemassnahmen erklären. Zudem fänden sich Angaben in der Anamnese, mit welchen eine Neigung der Patientin zu protrahierten, therapieresistenten Beschwerden möglicherweise unter dem Einfluss von psychosozialen Belastungen hervorgehoben werde. Die Angaben zu früheren Beschwerden und der mutmasslich belasteten psychosozialen Situation stünden allerdings in einem deutlichen Widerspruch zur aktuell erhobenen Anamnese und auch zu Angaben, welche nach dem Unfall dokumentiert worden seien. So würden psychosoziale Belastungen und frühere, länger andauernde Symptome verneint, obwohl beispielsweise gemäss Aktenlage bereits früher ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit Verdacht auf Symptomausweitung dokumentiert worden sei. Fassen man ferner die Ergebnisse der Untersuchungen im Verlauf (insbesondere die Befunde der rheumatologischen Klinik des E.____) gemäss zugestellten Akten zusammen, ergeben sich klare Elemente, welche auf eine massive Diskrepanz zwischen den nachweisbaren strukturellen Befunden (an der linken Schulter zu keinem Zeitpunkt ausreichend schwere strukturelle Veränderung, welche die Beschwerden erklären könnte) und Beschwerden hinweisen. Damit und mit den psychosozialen Belastungen würden die wichtigsten Kriterien einer somatoformen Störung hervorgehoben, welche offensichtlich bereits vor dem Unfall bei der Entwicklung der Beschwerden eine Rolle gespielt hätten. Vor diesem Hintergrund sei (im weitesten Sinne) eine psychosozial determinierte Grundlage der geäusserten subjektiven Beschwerden überwiegend wahrscheinlich und eine traumatische Genese ausgehend vom Unfall allerhöchstens möglich. 2. 3 .4

Aus neurologischer Sicht (S. 28) wiesen die Ärzte darauf hin, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall ein stationäres Beschwerdebild beklage, wobei sie die Symptomatik ganz lapidar schildere, als ob es völlig logisch wäre, dass aus einem banalen Treppensturz ein chronifiziertes Schmerzsyndrom resultiere. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung sei normal. Es finde sich ein auffallendes appellatives schmerzgeplagtes Verhalten, welches vom Ehemann noch durch zahlreiche Bemerkungen unterstützend ergänzt werde. Die Prüfung des Gangbildes sei etwas auffällig und lasse am ehesten an eine psychogene Störung denken (walking on ice), dieser Eindruck werde verstärkt durch das völlig normale Gangbild beim unbeobachteten Verlassen der Untersuchungspraxis. Die aufgrund der neurologischen Voruntersuchung durch Dr. D.____ vom November 2009 erwogene und durch die nochmalige Untersuchung im Januar dieses Jahres am E.____ offenbar wieder verworfene Verdachtsdiagnose eines Karpaltunnelsyndroms könne aktuell klinisch nicht nachgewiesen werden. Dies betreffe sowohl die rechte als auch die linke Hand. 2. 3 .5

Aus orthopädischer Sicht hielten die Gutachter fest (S. 29 f.), dass bei der Beschwerdeführerin als Folge des Sturzes keine gravierenden Verletzungen aufgetreten seien. Dafür spreche bereits die Tatsache, dass die Patientin kein Bedürfnis gehabt habe, sich einer raschen ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Sie sei nämlich erst zu ihrer

Hausärztin gegangen , nachdem diese einige Zeit nach dem Unfall wieder nach einer Abwesenheit in der Praxis gewesen sei . Auch die Tatsache, dass sich die Patientin an die Ereignisse der ersten Tage nach dem Unfall nicht mehr genau erinnern konnte , sei ein Hinweis dafür, dass der Sturz nicht dermassen gravierend empfunden worden sei , wie es nun angegeben werde . Gemäss Akten sei die Beschwerdeführerin aber relativ rasch zu Spezialärzten geschickt worden , was eventuell darauf hindeute, dass die Hausärztin bereits befürchtet habe , dass sich ein protrahierter Heilverlauf einstellen könnte . Tatsache sei , dass weder klinisch noch basierend auf bildgebenden Verfahren posttraumatische und insbesondere keine schwerwiegenden Veränderungen hätten erkannt werden können. Die linke Schulter sei mehrfach mittels MRI untersucht worden , das letzte Mal im Mai 2011. Die Befunde seien äusserst diskret und nicht typisch für eine durchgemachte Verletzung. Im Vergleich zum MRI vom Februar 2010 bestehe praktisch keine Veränderung.

Im Bereich der LWS hätten im MRI vom Oktober 2010 degenerative Veränderungen festgestellt werden können . Aktuell bestehe kein radikuläres

Reizsyndrom . Es lasse sich höchstens ein leichtes lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom und insbesondere ein myofaszielles Beschwerdebild nachweisen. Sowohl im Bereich der oberen wie auch der unteren Extremität

sowie der LWS bestehe bezüglich den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden eine erhebliche Diskrepanz. Die Diskrepanz bestehe zwischen allen angegebenen Beschwerden und objektiven Befunden, namentlich betreffend die linke Schulter, den linken Arm, die linke Hüfte und die lumbalen Beschwerden. Es müsse aufgrund der Diskrepanz zwischen den Beschwerden und objektiven Befunden davon ausgegangen werden, dass bei der Beschwerdeführerin eine somatoforme

Schmerzstörung bestehe mit Tendenz zu einer Symptomausweitung. Bei dieser Entwicklung spielen die psychosozialen Belastungen eine Rolle. Sicherlich ungünstig sei auch der Faktor, dass der Gatte der Beschwerdeführerin arbeitsunfähig sei und nur eine bescheidene Rente erhalte . Dies könnte den oben gemachten Aussagen (Unzufriedenheiten , Frustrationen) Vorschub leisten. Ungünstig sei wohl auch, dass nicht früher nach dem Unfall konsequente Arbeitsversuche eingeleitet worden seien . Es sei bereits jetzt sicherlich eine ungünstige Chronifizierung

eingetreten, welche die weitere Re-Integration zweifelsohne erschweren werde .

Objektiv gesehen bestehe aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. 2.3.6

Aus neuropsychiatrischer Sicht führten die Ärzte aus (S. 30), es lasse sich aktuell kein psychopathologisches Syndrom nachweisen und ein solches sei auch in den Akten nicht beschrieben worden . Eine psychopathologische Diagnose könne nicht gestellt werden. 2.3.7

Die Experten stellten folgende Diagnose n (S. 30): -

Diffuses myalgieformes (myofaszielles) Beschwerdebild im Bereich der linken

Schulter im Sinne einer Periarthropathia

humeroscapularis bei niedriggradiger Partialruptur

des Musculus

supraspinatus und Verdacht auf HAGL-Läsion (gemäss

Arthro-MRI 19. Februar 2010) -

Chronisches lumbospondylogenes Syndrom der unteren LWS links,
differentialdiagnostisch

im Zusammenhang mit einer kleinen fokalen Diskushernie L3/4 foraminal

links, L4/5 foraminal links und L5/S1 recessal / foraminal rechts ohne Kontakt zur

Nervenwurzel, kleines Hämangiom LWK 2 (gemäss MRI der LWS vom 18. Oktober 2010)

-

Intermittierend auftretende nächtliche Parästhesien (Brachialgia

nocturna), gegenwärtig

keine sicheren Hinweise auf Karpaltunnelsyndrom links (gemäss Bericht vom

11. November 2009 positive elektrophysiologische Untersuchung, keine Anhaltspunkte
für

ein Karpaltunnelsyndrom in der elektrophysiologischen Untersuchung vom

21. Januar 2011) -

Verdacht auf symptomatisches femoro-acetabuläres

Impingement Hüfte links

-

Somatoforme Schmerzstörung bei psychosozialen Belastungen (in erster Linie
Einkommensverhältnisse) 2.3.8

Die Gutachter attestierten als Folgen des Unfalls (abgesehen von einer kurzen

Phase von allerhöchstens wenigen Wochen) keine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit
(S. 34).

E. 2.4

.6

Weiter hielten die Experten fest (S. 38), dass medizinische Akten bereits vor dem hier
relevanten Unfall vorhanden seien, dürfte insbesondere für die linke

Schulter angenommen werden, dass sie durch den stattgefundenen Unfall erheblich,

d.h. richtunggebend geschädigt worden sei. Sie attestierten eine vollumfängliche
Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit wie auch im Haushalt (S. 41).

E. 2.5

Die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin berichtete am 20. Dezember 2011 (Urk.
8/38) über die Verhältnisse im Haushalt und verwies vorweg auf die geklagten
Beschwerden der Beschwerdeführerin (Schmerzen in der linken Schulter und dem ganzen
Arm, seit kurzem auch Schmerzen im rechten Arm). Unter Berücksichtigung des nicht
erwerbstätigen Ehemannes schloss sie auf folgende Einschränkungen: 0 % im mit 5 %

gewichteten Bereich Haushaltführung, 10 % im mit 45 % gewichteten Bereich Ernährung, 10 % im mit 20 % gewichteten Bereich Wohnungspflege, 0 % im mit 7 % gewichteten Bereich Einkauf und weitere Besorgungen, 10 % im mit 20 % gewichteten Bereich Wäsche und Kleiderpflege, 0 % im mit 3 % gewichteten Bereich Verschiedenes. Insgesamt resultierte eine Einschränkung im Haushalt von 8.5 % (S. 9). 3.

E. 2.6

und Ziff. 4.1). Sodann verwies sie auf ihre Pensumserhöhung (von neun auf 16 Stunden) trotz lumbaler und Hüftbeschwerden und schloss, dass das Fehlen von schriftlichen Aufzeichnungen betreffend weitere Pensumserhöhung irrelevant sei, da nicht eine konkrete Anfrage im Krankheitsfall, sondern eine hypothetische Erhöhung im Gesundheitsfall in Frage stehe (Urk. 1 S. 27 ff. Ziff. 2.18).

E. 2.10

) Es steht fest, dass die Beurteilung von allen Teilgutachtern geteilt wird.

Die monierte angeblich suggestive Fragestellung anlässlich aller drei Explorationen (Urk. 1 S. 15 ff.

Ziff.

E. 2.11

) wurde nicht näher dargelegt. Dass dabei die Antworten - weil aus dem Italienischen übersetzt - nach der Auffassung der Beschwerdeführerin in der deutschen Sprache eher blumig wirken, ist vorliegend ohne Belang. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde aufgrund der objektivierbaren Untersuchungsergebnisse vorgenommen und auch die Schmerzklagen wurden detailliert und durchaus objektiv zu Kenntnis genommen.

Was die Beschwerdeführerin mit ihrer Kritik am neurologischen Teilgutachten (Urk. 1 S. 17 ff.

Ziff.

E. 2.12

) ist angesichts der diesbezüglichen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_215/2012 vom 11. Juli 2012 E.

E. 2.13

f.) ist vorweg festzuhalten, dass sich die von ihr als organische Befunde gewerteten Untersuchungsergebnisse vorwiegend in Druckdolenzen und Muskelferverhärtungen erschöpfen, welche nach der Rechtsprechung gerade nicht als organisches Substrat zu fassen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_721/2008 vom 24. April 2008 E. 4.2). Sodann basiert die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht auf einem Aggravationsvorwurf, sondern einzig auf der Würdigung der objektivierbaren Pathologien. 3. 6

Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). 4.

E. 3

Es sei die Beschwerdeführerin in ihrer hypothetischen Erwerbstätigkeit mit 100 % zu qualifizieren.

E. 3.1

Vorwegzuschicken ist, dass das Gutachten der A.____ den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht. So ist es für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Sodann beruht es auf (den angezeigten) allseitigen Untersuchungen, wurde die Beschwerdeführerin doch in orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht abgeklärt. Die Expertise berücksichtigt die geklagten Beschwerden und würdigt diese in überzeugender Weise. Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Schliesslich sind die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet.

So legten die A.____-Ärzte dar, dass die Untersuchungen sowie die Vorakten kaum Hinweise auf mit der durch den Unfall ausgelösten strukturellen Läsion im Zusammenhang stehende Beschwerden ergeben hätten (E. 2.3.3). Dies begründeten sie hauptsächlich mit den in mehrfach durchgeführten MRI Untersuchungen erhobenen Befunden in der Schulter, welche sie als äusserst diskret einschätzten (E. 2.3.5). So sei beispielsweise bereits im Juli 2010 beidseitig eine kräftige Rotatorenmanschette nachgewiesen worden, weshalb die partielle Läsion, welche im MRI vom Februar 2010 diagnostiziert worden sei, die geklagten Beschwerden nicht erkläre (E. 2.3.2). In Bezug auf die LWS Problematik verwiesen sie auf ein (höchstens) leichtes lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom sowie ein myofasiales Beschwerdebild (E. 2.3.5). In neurologischer Hinsicht konnten sodann gar keine Befunde erhoben werden (E.

2.3.4) wie auch in neuropsychologischer (E. 2.3.6).

In der Tat basiert diese Einschätzung auf der Aktenlage betreffend die bildgebenden Untersuchungsergebnisse: Aus dem im Rahmen der A.____-Begutachtung angefertigten Arthro-MR-Bild des linken Schultergelenks vom 9. Mai 2011 ergaben sich im Wesentlichen unauffällige Verhältnisse. Namentlich zeigte sich eine intakte Rotatorenmanschette bei nur leichter lateraler Absenkung des Acromions und entsprechender Einengung des subacromialen Gleitraumes. Weiter wurden ein Hinweis auf eine mässige Bursitis im Rahmen der klinischen Impingementsymptomatik, eine vermutete Pulleyläsion sowie eine kleinste Zyste erwähnt. Ansonsten wurde auf ein normales Arthro-MRT des linken Schultergelenkes verwiesen mit regelrechter Darstellung der verbleibenden Manschettenanteile, der labralen Strukturen und der Schulterblattmuskulatur ohne Hinweise auf das Vorliegen einer ligamentären

Avulsion im Glenoid inferior (Urk. 26).

Vergleicht man diese Bilder mit den ersten aktenkundigen MR-Aufnahmen vom 19. Februar 2010 (fast fünf Monate nach dem Unfall [Urk. 8/12/37] nachdem frühere Röntgenaufnahmen ergebnislos geblieben waren unter explizitem Ausschluss ossärer Läsionen sowie einer Rotatorenmanschettenruptur [Urk. 8/12/45]), so ergibt sich, dass der damals im Vordergrund gestandene Verdacht auf eine Verletzung des inferioren glenohumeralen Ligaments ausgeräumt werden konnte beziehungsweise eine Heilung eintrat; auf den aktuellen Bildern ist jedenfalls keine solche Verletzung (mehr) zu sehen.

Bei dieser Sachlage leuchtet es ein, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Leistungsfähigkeit nicht (wesentlich) eingeschränkt ist (E. 2.3.8). Namentlich kann nicht von

einer massgeblichen organischen Schädigung (Urk. 1 S. 12) ausgegangen werden.

E. 3.2

Diese Einschätzung deckt sich mit den Angaben des Dr. C.____ vom Januar 2010, welcher unter Verweis auf die bildgebenden Untersuchungsergebnisse ossäre Läsionen an Ellbogen, Schulter sowie Becken ebenso verneinte wie eine relevante Rotatorenmanschettenruptur und eine Neuropathie. Er ging ab 1. Dezember 2010 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus und erachtete die Beschwerdeführer in als langfristig wieder vollumfänglich arbeitsfähig, was er ein Jahr später bestätigte und sein aktuelles Attest (50% arbeitsunfähig) nicht mit medizinischen Überlegungen, sondern einzig mit der fehlenden Motivierbarkeit der Beschwerdeführer begründete. In diesem Sinne sind auch seine weiteren Atteste zu verstehen, welche keine Begründung für die anhaltende weitreichende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beinhalten (E. 2.1 und Urk. 8/54-56).

Auch Dr. F.____ vom E.____ befand im Juli 2010 die Symptomatik des Schultergelenks als kaum erklärbar mit den MR-tomographisch dokumentierten Veränderungen. Dr. G.____ vom E.____ ging von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ab November 2010 aus (E. 2.2) und damit ebenfalls von einer erheblichen Rückgewinnung der Leistungsfähigkeit.

E. 3.3

Dass sodann die Befunde an der Wirbelsäule zu einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, ist den ärztlichen Einschätzungen nicht zu entnehmen. Wohl sind gewisse degenerative Veränderungen ersichtlich, doch bleiben diese allesamt ohne Kontakt zu den Nervenwurzeln (E.

2.3.7) beziehungsweise ohne Neurokompression (E. 2.4.2). Das zwischenzeitlich thematisierte Karpaltunnelsyndrom konnte zuletzt nicht mehr nachgewiesen werden (E. 2.3.4) und führt offensichtlich nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf die Hüftproblematik fand sich schliesslich zuletzt eine asymptomatische Klinik (Urk. 26/2), weshalb sich Weiterungen erübrigen.

E. 3.4

3.4.1

Die gegenteilige Meinung der B.____-Ärzte vom September 2012 vermag demgegenüber nicht zu überzeugen: So konnte Dr. L.____ kein neurologisches Defizit beschreiben und verwies auf Bandscheibenprotrusionen

(E. 2.4.2), welche allerdings ohne Nervenwurzelkontakt blieben (E. 2.3.7). Auch die Veränderungen der HWS verursachten keine Neurokompression (E. 2.4.2). Der orthopädische Spezialist verwies - in objektiver Hinsicht - einzig auf den MRI-Befund einer M. supra- und infraspinatus -Atrophie links. Die klinischen Befunde erscheinen ebenfalls als eher diskret (fast seitengleiche Beweglichkeit der Schultern, links Einschränkungen bei einigen Tests, verhärtete und druckdolente Halsmuskulatur, E. 2.4.3). In psychiatrischer Hinsicht wurde keine Diagnose gestellt (E. 2.4.4).

Dass die Gutachter bei diesen Befunden eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit wie auch im Haushalt attestieren konnten (E. 2.4.6), ist einzig damit erklärbar, dass sie der chronischen Schmerzsymptomatik eine derartige Bedeutung zumessen (E. 2.4.5). 3.4.2

Diesbezüglich hat das Bundesgericht indes festgehalten, dass im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein müssen, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht gewährleisten lässt. Solche Leiden (im erwähnten Fall eine somatoforme Schmerzstörung) vermögen in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). 3. 4 .3

Die - im Übrigen von sämtlichen Ärzten festgestellte - Schmerzproblematik führt nach dem Gesagten lediglich dann zu einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Annahme einer Arbeitsunfähigkeit, wenn sie nicht überwindbar ist. Dass die B.____-Gutachter dabei die von den A.____-Ärzten diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung explizit ausgeschlossen haben, ändert nichts an der Anwendung der einschlägigen Rechtsprechung, ist diese doch auf sämtliche Schmerzstörungen anwendbar, worunter auch - wie vorliegend - nicht mit schlüssig feststellbare n Befunde n hinreichend erklärbar e Schmerzklagen fallen.

Die bundesgerichtlichen Kriterien (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 in fine) sind offenkundig nicht gegeben: So ist eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer von vornherein zu verneinen, nachdem beide Gutachterstellen eine entsprechende Erkrankung überhaupt ausgeschlossen haben. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung liegt nicht vor, erschöpft sich die Chronifizierung doch einzig in der Schmerzproblematik und eben gerade nicht in einer körperlichen (bildgebend nachweisbaren) Pathologie. Ein chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung liegt zwar vor und dieser ist auch mehrjährig, aber noch nicht von ausgeprägter langer Dauer. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist den Akten nicht zu entnehmen und wurde auch vom Psychiater der B.____ nicht geschildert (Urk. 11/2 S. 28 ff.). Die Ärzte legten weiter nicht dar, dass von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung ausgegangen werden muss. Bei vollständig fehlenden Therapiebemühungen kann schliesslich von vornherein nicht von einem Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person gesprochen werden .

Da allenfalls ein Kriterium gegeben ist, dieses aber nicht in ausgeprägter Weise, bleibt die Schmerzstörung vorliegend ohne invalidenversicherungsrechtliche Relevanz. 3. 5

Die von der Beschwerdeführerin gegen das A.____-Gutachten erhobenen Einwendungen erweisen sich als wenig begründet:

Dass den Gutachtern verschiedene Berichte nicht vorgelegen haben (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 2.6) ist insofern irrelevant, als in Bezug auf jene von Dr. C.____ eine jüngere und wesentlich detailliertere Einschätzung vorlag und die Berichte, über deren Existenz im Übrigen die Beschwerdeführerin Stillschweigen bewahrt hat, aus der Zeit

unmittelbar nach dem Unfall datieren und mangels detaillierter objektivierbarer Befunderhebung für die Einschätzung einer andauernden Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf des Wartjahres ohne Belang sind. Inwiefern

ebenfalls von der Beschwerdeführerin zurückgehaltene - Physiotherapie verordnungen von Belang sein sollten, ist angesichts der Auflage detaillierter Arztberichte nicht einzusehen. Dass sodann der Verlaufsbericht des E.____ vom 25. Februar 2011 fehlen soll, ist angesichts der Erwähnung des selbigen im Gutachten (Urk. 8/34/10-57 S. 10 unten) aktenwidrig. Bei der Stellungnahme des Dr. med.

N.____ (Urk. 1 S. 11 Ziff. 2.7) handelt es sich um eine reine Aktenbeurteilung und nicht um einen Untersuchungsbericht, welcher sich im Dossier des Unfallversicherers befand und den A.____-Ärzten vorgelegen haben muss, aber nicht von derartigem Gewicht war, dass er separat hätte referiert werden müssen.

Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs wegen einer unangekündigten Nachfrage bei den Gutachtern betreffend Ergänzung (Urk. 1 S. 11 f. Ziff. 2.8) entbehrt jeglicher Logik, nachdem die Beschwerdeführerin umfassend Stellung nehmen konnte und selber gar nicht beantragte, Ergänzungsfragen zu stellen (Urk. 8/58/1-18). Bei der erwähnten Antwort der A.____-Gutachter vom 5. September 2011 (Urk. 8/36) handelt es sich ohnehin lediglich um ergänzende Angaben zu den Föersterschen Kriterien, welche bereits aufgrund der umfangreichen übrigen Akten zuverlässig beurteilt werden konnten.

Da die A.____-Expertise von allen Teilgutachtern unterzeichnet wurde, ist nicht ersichtlich, inwiefern ein formeller Mangel darin bestehen soll, dass die einzelnen (im Gutachten zitierten) fachärztlichen Einschätzungen nicht nochmals separat unterzeichnet wurden (Urk. 1 S. 14 f.

Ziff.

E. 4

Es seien die dem Gutachter der A.____ vom 6. Juli 2011 zugrundeliegenden Untersuchungsnotizen von der A.____ heraus zu verlangen.

E. 4.1.1

Zwischen den Parteien ist weiter die Qualifikation der Beschwerdeführerin umstritten.

E. 4.1.2

Die Beschwerdegegnerin ging von einer Aufteilung im Gesundheitsfall von 60 % Erwerb und 40 % Haushalt aus und stützte sich dabei unter anderem auf die Aussagen der Beschwerdeführerin gegenüber der Abklärungsperson vom 21. November 2011, wonach sie bei guter Gesundheit ihre drei bisherigen Arbeitsstellen in den bisherigen Pensen weitergeführt hätte. Sie habe ihr Arbeitspensum bei der Y.____ von anfänglich neun Stunden pro Woche auf 16 Stunden erhöhen können, das Pensum weiter erhöhen wollen und ihr Anliegen mit dem Vorgesetzten besprochen.

Die Abklärungsperson hielt ergänzend fest, der Ehemann der Beschwerdeführerin habe im Mai 2005 einen Berufsunfall erlitten, sei seither als Bauarbeiter vollumfänglich arbeitsunfähig und erhalte eine Invalidenrente der Unfallversicherung in der Höhe von 28 %. Offenbar habe er keine Arbeitsstelle in angepasster Tätigkeit gefunden. Trotz knappen finanziellen Mitteln habe die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Schilderungen ihren direkten Vorgesetzten lediglich einmal betreffend Erhöhung des Pensums angefragt. Sie habe indes keine Stellenbewerbungen geschrieben (Urk. 8/38 S. 4).

E. 4.1.3

Die Beschwerdeführerin schloss dagegen auf ihre vollumfängliche Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall. Sie verwies auf enge finanzielle Verhältnisse, eine aktuell 50%ige Arbeitsfähigkeit ihres berenteten Ehemannes, die fehlende Betreuungsbedürftigkeit der 25- und 28-jährigen Kinder, die finanzielle Unterstützung durch den Sohn (welcher bei den Eltern wohnt, Urk. 8/38 S. 4 f. Ziff.

E. 4.2

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode. Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis IVV). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades (BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_915/2012 vom 15. Mai 2013 mit Hinweisen auf BGE 133 V 504 E. 3.3).

Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b, je mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts I 266/05 vom 11. April 2006 E. 4.2, vgl. auch BGE 133 V 504 E.

3.3).

E. 4.3

Aktenkundig war die die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalls in einem Pensum von 60 % arbeitstätig (vgl. zur Berechnungsübersicht Urk. 8/40), bestehend aus der Anstellung bei der Y.____ im Umfang von (höchstens) 33 % , bei Dr. med.

O.____ von 7 Stunden pro Woche (= 17 % , Urk. 8/31) sowie im Umfang von unbestritten gebliebenen 10 % bei der P.____ (Urk. 8/17). Die Beklagte brachte gegenüber der Abklärungsperson klar zum Ausdruck, dass sie im Gesundheitsfall weiterhin das innegehabte Pensum weiter ausüben würde, weshalb grundsätzlich hiervon auszugehen ist, ist doch praxisgemäss auch im Rahmen der Qualifikation der Versicherten auf die Aussage in der ersten Stunde abzustellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_846/2011 vom 15. Mai 2012 E. 4.2).

Eine Pensumserhöhung

- wie nach den Angaben der Beschwerdeführerin gewünscht - war nach Auskunft der Y.____ nicht vorgesehen (Urk. 8/39/1), weshalb davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin auch weiterhin in diesem Pensum beschäftigt gewesen wäre. Die Beschwerdeführerin konnte keine Bemühungen nachweisen, ihr - bereits seit längerer Zeit inne ge habtes Pensum - zu steigern. Der Verweis auf angespannte finanzielle Ver hält nisse unter Hinweis auf eine Teilinvalidität ihres Ehemannes verfängt insofern nicht, als sich jener Unfall bereits im Jahr 2005 zutrug und die Beschwerde führerin seither keine Bemühungen um eine massgebliche Ausweitung der beruflichen Tätigkeit zeigte. Auch aus dem Hinweis auf mangelnde Betreuungspflichten gegenüber den erwachsenen Kindern kann die Beschwerdeführerin nichts zur ihren Gunsten ableiten, waren diese Betreuungspflichten doch schon längstens entfallen und nicht erst nach dem Unfall. Dass sich schliesslich der bei den Eltern wohnende erwachsene und erwerbstätige Sohn an den Haus haltskosten beteiligt, ist nicht weiter zu beleuchten und jedenfalls kein Indiz für eine Steigerung des vor dem Unfall während längerer Zeit ausgeübten Pensums.

E. 4.4

Damit hat es mit der Feststellung sein Bewenden, dass die Beschwerdeführerin als zu 60 % Erwerbstätige und zu 40 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren ist. 5.

E. 5

Es sei die Beschwerdeführerin zu verpflichten, weitere Ver laufs berichte einzuholen.

E. 5.1

Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich blieb abgesehen vom dem Invalideneinkommen zugrunde zu legenden zumutbaren Arbeitspensum und der (vor Eingang des B.____ -Gutachtens erhobenen, noch ausgehend von einer postulierten 50%igen Arbeitsfähigkeit) Forderung nach einem Abzug vom Tabellenlohn von 10 % - unbestritten (Urk. 1 S. 32 Ziff. 2.21).

E. 5.2

Die Beschwerde gegnerin errechnete basierend auf den Angaben der Arbeitgeber der Beschwerdeführerin ein Valideneinkommen von Fr. 34'931.-- (Urk. 2 und Urk. 8/40), was nicht zu beanstanden ist (vgl. die mit den gemeldeten Einkom men per 2009 übereinstimmende Übersicht der Beschwerdegegnerin vom 14. September 2011, Urk. 8/40). Dass die Aufrechnung per 2010 und - der sich angesichts der Anmeldung im September 2010 per März 2011 stellenden Ren tenfrage

(Art. 29 Abs. 1 IVG) - nicht per 2011 erfolgt ist, kann bei identischer Zeitgrundlage des Invalideneinkommens ausser Acht gelassen werden.

Für die Berechnung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwer degegne rin - zu Recht - auf die Angaben des Bundesamtes für Sta tistik, wobei sie auf die Lohnstrukturerhebung (LSE) 2008 abstellte (da die LSE 2010 im Zeitpunkt der Berechnung noch nicht publiziert war) und das Einkom men auf das Jahr 2010 hochrechnete. Der ermittelte Wert von Fr. 28'633.-- entspricht praktisch den Angaben der LSE 2010 : In dem für die Beschwerde führerin in Frage kommenden Anforderungsprofil „ einfache und repetitive Tätigkeiten “ betrug der Lohn über alle Wirtschaftszweige Fr. 4'225.-- pro Monat ; angepasst an die durchschnittliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10

2014 S. 84 Tabelle B 9.2), das hypothetische (und zumut bare) Pensum von 60 % sowie unter Gewährung eines - nicht zu beanstandenden - Abzugs vom Tabellenlohn von 10 % resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 28'473.--.

Der Invaliditätsgrad beträgt damit 18 % und dem Erwerbsanteil von 60 % entsprechend gewichtet

10.8 % , welcher Wert per März 2011 (sechs Monate nach der Anmeldung und damit frühestmöglicher Rentenbeginn) gilt. Angesichts dieser bescheidenen Einschränkung basierend auf den Verhältnissen im März 2011 (80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, E. 2.2) kann auf eine Neuberechnung im Rahmen der im A. ___ -Gutachten per Juli 2011 fest gestellten gänzlich fehlenden Einschränkung verzichtet werden und damit auch auf die Frage, ob sich tatsächlich eine Verbesserung eingestellt hat oder ob es sich um eine abweichende Würdigung desselben Sachverhaltes handelt .

E. 5.3

Die Kritik der Beschwerdeführerin an den im Rahmen der Haushaltabklärung festgestellten Einschränkungen erschöpfen sich im Wesentlichen darin vorzu bringen, s i e sei gesundheitlich in erheblichem Masse eingeschränkt (Urk. 1 S. 29 ff.).

Angesichts der klaren medizinischen Aktenlage kann von vornherein nicht von einer - wie in der Beschwerde schrift angenommenen - Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgegangen werden und schon gar nicht von der pendente lite behaupteten vollumfänglichen. Insofern erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit den detaillierten Vorbringen der Beschwerdeführerin . Die von der Abklärungsperson festgestellten Einschränkungen zwischen 0 und 10 % in den einzelnen Haushaltbereichen erscheinen als plausibel und wurden - unter Miteinbezug der Mithilfe des teilinvaliden und ganztäglich anwesenden Ehemannes, welcher im Übrigen eine von der Beschwerdeführerin bekleidete Arbeitsstelle ausfüllt (bei Dr. O. ___ , Urk. 8/ 12/16) - nachvollziehbar begründet. Angesichts der attestierten Arbeitsunfähigkeiten von 20 % (ab März 2011) beziehungsweise 0 % (ab Gutachterstellung im Juni 2011) besteht keine Veranlassung, hiervon abzuweichen. Es leuchtet ein, dass die Beschwerdeführerin leichtere Arbeiten selbständig ausführen und für schwerere ihren Ehemann oder den Sohn beziehen

kann.

Damit resultiert bei einer gesamthaften Einschränkung von 8.5 % im Haushalt und gewichtet zu 40 % ein Teilinvaliditätsgrad von 3.4 % .

E. 5.4

Insgesamt ergibt sich nach dem Gesagten ein Invaliditätsgrad von 14.2 % , bei welchem kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung besteht. Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen. 6 .

Die von der Beschwerdeführer in geltend gemachten Gutachtenskosten (Urk. 10 S. 2) fallen unter den Begriff der Parteikosten im Sinne von Art. 61 lit . g ATSG. Da d i e Beschwerdeführer in in diesem Verfahren unterliegt, hat si e - unabhängig davon, ob die medizinischen Angaben in Bezug auf dieses Verfahren sachdienlich und beachtlich waren - keinen Anspruch auf Ersatz dieser Kosten (vgl. BGE 115 V 62 E. 5c; SVR 2011 IV Nr. 13 S. 35 E. 2 [Urteil des Bundesgerichts 9C_178/2010 vom 14. April 2010]). Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen davon (Kieser , ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Art. 61 lit . g Rz

118) liegen nicht vor. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

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

auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Der Beschwerdeführerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Massimo Aliotta -

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 26/1-2 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 6

Eventualiter sei die Beschwerdeführerin vom Gericht

polydisziplinär (Innere Medizin, Orthopädie/Rheumatologie und Neurologie) begutachten zu lassen und sodann die Rentenleistungen festsetzen zu lassen.

E. 7

Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.

E. 8

in Kraft stehenden Fassung).

E. 11

/2) erstatten Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie FMH, und Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, von der B.____ ihr Gutachten zu Händen der Beschwerdeführerin.

Sie diagnostizierten ein ausgeprägtes Schmerzsyndrom links bei Status nach Treppensturz mit/bei

Kontusion im Bereich der linken Schulter mit Partialruptur der Supraspinatus-,
Infraspinatus -

und Subscapularissehne sowie eine Beckenkontusion links (S. 35). 2. 4. 2

Der neurologische Teilgutachter fand in seiner Untersuchung (S. 35 f.) aktuell keine Hinweise auf zentrale oder periphere Pathologien beziehungsweise kein Hemisyndrom im neurologischen

Sinne und keine radikulären oder peripheren Ausfälle. Er hielt fest, die Schwäche der oberen und unteren

Extremität sei rein schmerzbedingt durch die erheblichen klinischen muskuloskelettalen Befunde auf der linken Seite. Er führte aus, in den Akten sei eine Bandscheibenprotrusion

L3-S1 links beschrieben, welche zu Wurzelreizungen führen könnte. In der aktuellen CT-Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) vom 19. Juli 2012 fanden

sich eine leichte Osteochondrose

und Spondylose C5/6 mit Einengung der Foramina beidseits ohne Hinweise auf eine Diskushernie oder eine fokale Protrusion beziehungsweise keine Hinweise auf eine Neurokompression. In diesem CT der HWS fanden sich hypertone und verdickte Musculi scaleni links, diese Verdickung sei CT-mässig eindeutig (Hypertonus der linksseitigen Scalenmuskulatur)

für die linke Seite, rechts finde sich ein Normalbefund.

Der neurologische Gutachter hielt fest, dass sich durch die Kontusion in der linken Schulter

und der linken Hüfte ein Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung im Bereich des linken Armes, der linken HWS, des Schultergürtels und des linken Beines entwickelt habe. Diese Beschwerden seien als erheblich und invalidisierend zu taxieren.

Trotz fehlendem neurologischem Defizit bestehe vor allem bei

der Kraftprüfung der linken oberen Extremität eine starke Überlagerung durch Schmerzen.

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