

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00013 vom 15. August 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-08-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00013)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00013 du 15 août 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00013 del 15 agosto 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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die

Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127

V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

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 256 E. 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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.6**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach

zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 4. Januar 2013 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr ab

1. März 2011 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2013 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit in Rechtskraft erwachsener Gerichtsverfügung vom 30. März 2013 wurde das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverteidigung abgewiesen (Urk. 13). In der Folge verzichtete die Beschwerdeführerin auf ergänzende Ausführungen (Mitteilung vom 7. Mai 2012 [Urk. 15]), was der Beschwerdeführerin am 14. Mai 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsablehnung – unter Hinweis auf das Gutachten des Institutes Y.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2012 (Urk. 10/51/2-24) – damit, aus medizinischer Sicht sei der Beschwerdeführerin die Ausübung einer körperlich leichten, behinderungsangepassten Arbeit uneingeschränkt zumutbar. An dieser Beurteilung würden die neu aufgelegten Berichte der Dres. Z.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_ nichts ändern. Mit einer adaptierten Tätigkeit könnte die Versicherte ein Invalideneinkommen von Fr. 53'787.85 erzielen. Bei der Ermittlung des Valideneinkommens rechtfertige es sich, auf den 2007 beim langjährigen Arbeitgeber erzielten Lohn gemäss IK-Auszug abzustellen. Denn die Beschwerdeführerin sei vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 2010 arbeitslos gewesen und habe zuvor nur während zwei Monaten eine Arbeitsstelle in einem Labor inne gehabt. Bei einem – an die Nominallohnentwicklung angepassten – Valideneinkommen von Fr. 57'965.85 resultiere ein Invaliditätsgrad von 7 %, weshalb kein Anspruch auf eine Rente bestehe (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, die von der Beschwerdegegnerin getroffene Annahme einer bis Ende Oktober 2010 erreichten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit stehe im Widerspruch zu den echtzeitlichen ärztlichen Feststellungen. Auch die Gutachter des Institutes Y. \_\_\_ würden nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab Ende Oktober 2010 bestätigen. Ausserdem stelle die über Jahrzehnte ausgeübte Arbeit als Industrie-Laborantin eine körperlich mittelschwere Tätigkeit dar, für die die Experten des Institutes Y. \_\_\_ keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr attestieren würden. Gestützt auf die Abklärungen und Beurteilungen der Dres. Z. \_\_\_ und A. \_\_\_ sei erstellt, dass sie in ihrer jetzt ausgeübten Arbeit als Hauswartin mit einem Pensum von 50 % optimal eingegliedert und ihr eine Tätigkeit mit einem Vollpensum nicht mehr zumutbar sei ( Urk. 1 S. 10 ff.). 3.

### **E. 3**

Die Unfallversicherung stellte ihre bislang ausgerichteten Leistungen per 31. Mai 2012 ein. Die dagegen am 8. Mai 2013 erhobene Beschwerde wurde mit heutigem Urteil des hiesigen Gerichts abgewiesen (Prozess-Nr. UV.2013.00120).

#### **E. 3.1**

8

Dr. E. \_\_\_ berichtete am 16. Mai 2011 ( Urk. 10/39/2-3), die Beschwerdeführerin bemühe sich, eine Arbeitsstelle mit einem Pensum von 50 % zu finden.

#### **E. 3.9**

Dr. med. L. \_\_\_ , Facharzt FMH für Ophthalmologie, diagnostizierte am 18. August 2010 eine dekompensierte Hyperopie mit Konvergenzschwäche nach HWS-Distorsionstrauma. Er berichtete, die intermittierenden Sehstörungen seien auf die dekompensierte Hyperopie und Presbyopie zurückzuführen. In dieser Situation sei das Tragen einer Gleitsichtbrille indiziert ( Urk. 10/19/18-19). 3 .10

Nach dem stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Rehaklinik H. \_\_\_ vom 29. September bis 28. Oktober 2010 stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom 3. November 2010 ( Urk. 10/18/4-10 ) folgende Diagnosen (S. 1) - Unfall vom 27. März 2010: Heckkollision als Beifahrerin - HWS-Distorsion QTF II - Röntgen und CT Schädel / HWS: keine pathologischen Befunde - 16. Juni 2010 MRI HWS: Fehlhaltung der HWS. Deutliche Diskopathie mit Unkarthrosen auf Etage C5/6/7 mit Kompression der C6- und C7-Wurzel beidseits. Wenig ausgeprägte Kompression der Wurzeln C 3/4 (betont C4 links und C5 rechts). Keine Myelopathie zeichen - Cervicovertebrales Syndrom - Anpassungsstörung mit einer leichten depressiven Reaktion und Angst (ICD-10 F43.1 )

Sie führten aus, gesamthaft betrachtet seien die aktuell beklagten Beschwerden aufgrund der klinischen und radiologischen Befunde in diesem Umfang nur ungenügend zu erklären. Die vorliegenden degenerativen Veränderungen an der HWS könnten allenfalls gewisse Restbeschwerden erklären. Das gesamte Beschwerdebild werde durch eine erhebliche Symptomausweitung überlagert beziehungsweise akzentuiert. Die festgestellte Symptomausweitung könne durch die diagnostizierte Anpassungsstörung mitbedingt sein. Die Versicherte habe während der Rehabilitation einen nicht adäquaten Umgang mit Schmerzen gezeigt. Sie sei nur eingeschränkt bereit gewesen, ein gewisses Mass an Schmerzen zu tolerieren und sich bis an die beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze belasten zu lassen.

Es sei zu hoffen, dass es mit Hilfe der vorgeschlagenen psychosomatischen Behandlung bald gelinge, die Beschwerdeführerin an ein normales Alltagsleben heranzuführen. Physiotherapeutische Massnahmen seien nicht indiziert, da weder eine physiotherapeutische Schmerzbehandlung noch die medikamentöse Analgesie die Beschwerden der Versicherten positiv beeinflusst hätten

(S.

3). Im Vorfeld der stationären Rehabilitation habe zudem klinisch und elektrophysiologisch eine Läsion des zentralen oder peripheren Nervensystems ausgeschlossen werden können. Eine körperlich mittelschwere Tätigkeit – was auch die Arbeit als Labormitarbeiterin umschliesse – sei vollzeithaft zumutbar. Eine psychische Störung, die eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könne, liege hingegen nicht vor (S. 2).

### **E. 3.12**

Die Ärzte der Klinik J.\_\_\_\_, Zentrum für Neurologie, tätigen Ärzte bestätigten am 2. Dezember 2010 die in den Berichten vom 27. Juli und 25. August 2010 genannte Diagnose. Sie führten aus, ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis sei von ihnen nicht ausgestellt worden (Urk. 10/20/1-2). 3.13

Nachdem die Ärzte der Rehaklinik H.\_\_\_\_ die Einleitung einer psychiatrischen Behandlung empfohlen hatten (Urk. 10 / 18/4-10 S. 3), berichtete Dr. Z.\_\_\_\_, Oberärztin der M.\_\_\_\_ AG in N.\_\_\_\_, am 3. März 2011 von keiner grossen Veränderung des psychischen Zustandbilds. Im Vordergrund stehe die depressive Symptomatik (Urk. 10 / 34/2).

### **E. 3.19**

Dr. Z.\_\_\_\_ stellte am 23. Mai 2011 (Urk. 10/40/2-5) folgende Diagnosen (S. 1): - Angst und depressive Reaktion gemischt, aufgetreten als Folge der Belastungssituation nach einem Unfall (ICD-10 F43.22) - Aktivierte AC-Gelenksarthrose rechts mit subarachnoidalem Impingement, Bursitis subacromialis - Tendinopathie der Supraspinatussehne - Verdacht auf lange Bizepssehnen tendinopathie - Chronisches myofaszielles Cervicalsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion bei Auffahrunfall vom 27. März 2010

In der bisherigen Tätigkeit bescheinigte sie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Als Beispiel für eine behinderungsangepasste Arbeit nannte sie die Tätigkeit als Hauswartin mit einem Pensum von 50 % (S. 2). 3.20

Gestützt auf die Ergebnisse der am 20. Dezember 2011 im Institut Y.\_\_\_\_ durchgeführten internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen (Expertise vom 31. Januar 2011 [Urk. 10/51/2-24]) stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21): - Chronisches cervicocephales und -brachiales Schmerzsyndrom ohne radiokuläre Symptomatik (ICD-10 M53.0/M53.1) - mässiggradige degenerative Veränderungen der unteren Halswirbelsäule, akzentuiert in den Segmenten HWK 5/6 und HWK 6/7, MR-tomographisch mit Kompromittierung der Nervenwurzel C6 links und C7 rechts mehr wie links, bislang jedoch ohne klinisches oder elektrophysiologisches Korrelat (ICD-10 M50.2) - leichtgradiges subakromiales Impingement, AC-Gelenksarthrose und Verdacht auf Tendinopathie der langen Bizepssehne Schulter rechts, klinisch und bildgebend ohne Hinweise auf eine relevante Läsion der Rotatorenmanschette (ICD-10 M75.4 / M75.2 / M19.11) - teilweise nicht ganz adäquat wirkendes Schmerzverhalten und Symptomausweitung

Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten sie nachfolgende Diagnosen (S. 21):  
- Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Übergewicht mit BMI von 27 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.9) - Nikotinabusus (ICD-10 F17.1)

Die internistische Untersuchung habe – so Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin – das Bild einer 55-jährigen, übergewichtigen Versicherten in unauffälligem Allgemeinzustand ergeben (S. 9 f.). Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 22).

Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis einen leichten sozialen Rückzug zeigte. Gelegentlich beklage sie einen „Lebensverleider“, distanziere sich aber von Suizidgedanken und Suizidimpulsen. Bei der klinischen Untersuchung sei die Stimmung herabgesetzt und leicht depressiv gewesen. Die Versicherte sei seit August 2008 arbeitslos, es bestünden zunehmend wirtschaftliche Schwierigkeiten und bis Mitte 2011 habe sie keine Arbeitsstelle gefunden. Sie leide seit dem Unfall zudem unter körperlichen Beschwerden. Dies habe zur depressiven Entwicklung beigetragen; die depressive Störung sei leichtgradig ausgeprägt. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, sich weitgehend selbständig um den Haushalt zu kümmern. Seit Sommer 2011 arbeite sie zudem zu 50 % als Hauswartin. Es sei ihr im August 2011 auch möglich gewesen, nach dem Tod ihres Bruders nach Serbien zu fahren. Nebst einer leichten depressiven Episode könnten daher keine weiteren psychiatrischen Diagnosen gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (S. 12 f.).

Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, berichtete in seinem orthopädischen Fachgutachten, Zehne-, Fersen- und Rückwärtsgang seien unauffällig möglich gewesen. Die Beschwerdeführerin könne auch während mehrerer Schritte im Kauergang gehen, was als Zeichen einer noch gut erhaltenen Belastbarkeit der unteren Körperhälfte angesehen werden dürfe. Bei der Untersuchung des Rumpfes zeige sich eine gewisse Selbstlimitation, indem sich der initial gemessene Finger-Boden-Abstand von 21 cm später im Langsitz auf etwa 0 cm relativiere. Die Bewegungen der Explorandin würden auch in den übrigen Ebenen sehr zögerlich wirken, obwohl anamnestisch über keine Einschränkungen im thorakolumbalen Bereich berichtet würden. Die ausgiebige Palpation des Rückens habe keine Hinweise auf strukturelle Alterationen bei eher schwach entwickelter paravertebraler Muskulatur ergeben. Bei der Prüfung der Kopfbeweglichkeit zeige sich eine sehr ausgeprägte Selbstlimitation. So habe die Beschwerdeführerin nach Aufforderung die Rotation in beide Richtungen auf ein Minimum reduziert, bei gleichzeitiger Ablenkung seien hingegen vollkommen freie Drehbewegungen des Kopfes ohne Schmerzäußerungen möglich gewesen. Auch die ausgiebige Palpation der Nackenmuskulatur gelinge im Liegen – wiederum bei gleichzeitiger Ablenkung – ohne Hinweise auf irgendwelche Verhärtungen (S. 17).

Der Gutachter führte weiter aus, an den oberen Extremitäten seien die Bewegungen beider Arme im Überkopfbereich bei der fokussierten Untersuchung verlangsamt, was etwas mit den Spontanbewegungen beim An- und Ausziehen kontrastiere. Bei der klinischen Untersuchung würden sich Hinweise auf ein leichtgradiges subakromiales Impingement der rechten Schulter und allenfalls eine leichtgradige Tendinopathie der langen Bizepssehne ergeben. Die Beschwerdeführerin vermöge jedoch nie vollständig zu entspannen, weshalb die Beurteilbarkeit etwas eingeschränkt sei. In Anbetracht der wiederholt sichtbaren

Spontanbewegungen handle es sich jedoch nicht um eine ausgeprägte Symptomatik und es würden sich klinisch auch keine Hinweise auf eine funktionell relevante Läsion der Rotatorenmanschette ergeben. Die peripheren Gelenke seien frei und bei guter Kraftentfaltung ohne erkennbare Schmerzäusserungen beweglich (S. 17 f.)

Eine kursorische neurologische Untersuchung habe – so Dr. S.\_\_\_\_ weiter – keine Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems ergeben. Insbesondere könne eine spinale Kompressionsproblematik und die Läsion eines grösseren peripheren Nerven klinisch weitgehend ausgeschlossen werden. Eine MR-Tomographie der HWS zeige deutliche degenerative Veränderungen vor allem im unteren Abschnitt. Bildgebend entstehe der Eindruck einer Neurokompression der Nervenwurzeln C6 links und C7 rechts mehr wie links. Klinische Korrelate würden sich – in Übereinstimmung mit früheren fachärztlich-neurologischen Abklärungen – dafür aber keine finden lassen (S. 18).

Dr. S.\_\_\_\_ führte zusammenfassend aus, die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden hätten sich anlässlich der klinischen Untersuchung nur sehr eingeschränkt objektivieren lassen. Auffallend sei eine deutliche Selbstlimitation, die sich insbesondere bei Bewegungen des Kopfes manifestiere. Durch die objektivierbaren strukturellen Alterationen an der HWS und in deutlich geringerem Ausmass an der rechten Schulter sei zwar plausibel, dass eine etwas verminderte Belastbarkeit vorliege. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitive Bewegungen der Arme oberhalb der Horizontalen mit einer Hebe- und Traglimite von zehn Kilogramm bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 18).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die beteiligten Spezialärzte zusammenfassend aus, körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten seien der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten – worunter voraussichtlich auch die bisher ausgeübte Arbeit im Labor falle – bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 22).  
3.21

Im Anschluss an die Begutachtung im Institut Y.\_\_\_\_ führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, im Vordergrund des Zustandsbildes stehe eine depressive Symptomatik, die zugenommen habe. Aktuell entspreche sie in der Intensität einer mittelgradigen Depression (ICD-10 F32.1). In Anbetracht der Schmerzhaftigkeit, der Bewegungseinschränkungen und insbesondere des psychischen Zustandsbildes bestehe eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit von 50 % (Bericht vom 2. März 2012 [Urk. 10/66]). 3.22

Dr. A.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 11. April 2012 (Urk. 10/67) einen Status nach HWS-Distorsion am 27. März 2010 mit Symptomenkomplex, vor allem Cervicocephalea und Cervicobrachialgien, und klinischer und radiologischer starker Einschränkung der Beweglichkeit der HWS ohne neurologische Ausfälle. Die von ihm durchgeführte Funktions-CT-Untersuchung zeige rotatorische Fehlstellungen, vor allem von C2, sowie erhebliche Segmentstörungen C1/2 und C3/4 bei ausgeprägter Hypermobilität nach rechts (S. 11 f.). Anlässlich seiner Untersuchung habe er – im Gegensatz zu den Gutachtern des Institutes Y.\_\_\_\_ – keine Selbstlimitierung feststellen können (S. 10). In den früheren CT-Untersuchungen (in der Neutralposition) – so

Dr. A.\_\_\_\_ weiter – seien die rotatorischen Fehlstellungen nicht vorhanden gewesen, weshalb sie sich im Verlauf der Chronifizierung entwickelt haben müssten (S. 10). Die von ihm erhobenen Befunde würden eine verminderte Belastbarkeit, die bei Überschreitung

zwangsläufig zu Exazerbationen führe, belegen (S. 11). Neurologische Ausfallerscheinungen würden keine bestehen. Hingegen könnten bei Belastungen und aufgrund der degenerativen Veränderungen der HWS mit Einengung der Foramina Reizerscheinungen im Verlauf der Nerven, vor allem von C6, auftreten. In therapeutischer Hinsicht sollte zur Stabilisierung der Situation und zur Verhinderung einer Verschlechterung die Myotonolyse im Vordergrund stehen. Im Anschluss daran könne ein langsamer Muskelaufbau mittels fachkundig begleiteter medizinischer Trainingstherapie durchgeführt werden. Die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Laborantin sei nicht mehr zumutbar (S. 12). 3.23

In ihrer Stellungnahme vom 26. Juni 2012 (Urk. 10/72)

berichteten die Experten des Institutes Y.\_\_\_\_, entgegen den Angaben der behandelnden Psychiaterin hätten bei der psychiatrischen Untersuchung keine Konzentrationsstörungen festgestellt werden können. Die Stimmung sei herabgesetzt und leichtgradig depressiv gewesen. Ein Lebensverleider oder Suizidgedanken seien verneint worden. Die Beschwerdeführerin habe erwähnt, dass sie mit Unterbrüchen insgesamt sieben bis acht Stunden schlafe, weshalb von einer ausgeprägten Schlafstörung nicht gesprochen werden könne. Sie arbeite zu 50 % als Hauswartin, kümmere sich um ihren Haushalt und sei ihrem Mann, der einen Hirnschlag erlitten habe, behilflich. Die Beziehungen zu ihrem Ehemann und den beiden Söhnen schildere sie als gut. Der leichte soziale Rückzug wie auch die leichten depressiven Verstimmungen würden die Diagnose einer leichten depressiven Störung begründen. Die von der behandelnden Psychiaterin geschilderte Antriebslosigkeit habe bei der klinischen Untersuchung nicht bestätigt werden können. Ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit umfasse zudem auch somatische Einschränkungen (S. 3).

In Bezug auf die Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ führten die Gutachter aus, sämtliche in ihrer Expertise dokumentierten Befunde seien bei der Untersuchung exakt in dieser Weise erhoben und später nach bestem Wissen und Gewissen festgehalten worden. Dass bei Personen ohne fassbare übermässige strukturelle Alterationen an der HWS oder den Kopfgelenken die Kopfbeweglichkeit zumeist innerhalb der Norm liege, erscheine einigermaßen logisch und es sei in den meisten Fällen nur eine Frage der Geduld, um dies im Rahmen einer körperlichen Untersuchung objektiv feststellen zu können. Es überzeuge wenig, wenn die erstmals im Funktions-CT von Dr. A.\_\_\_\_ festgestellten Rotationsasymmetrien in Neutralposition mit dem chronischen Verlauf begründet würden, seien diese doch im CT vom 29. März und im MRI vom 16. Juni 2010 nicht sichtbar gewesen. Eine konkrete Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit gebe Dr. A.\_\_\_\_ nur in Bezug auf die früher ausgeübte Tätigkeit als Labormitarbeiterin ab (S. 4). 3.24

Dr. Z.\_\_\_\_ schilderte am 22. August 2012 ein unverändertes Zustandsbild. Die Beschwerdeführerin leide weiterhin unter einer depressiven Symptomatik und sei zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 10/81/1). 3.25

Das von Dr. A.\_\_\_\_ am 11. September 2012 erstellte LWS-CT ergab einen Nachweis für eine intraforaminale Protrusion L4/5 links und L5/S1 rechts. Wurzelreizungen, vor allem L4 links, seien zudem anzunehmen. Im Neurostatus sei – wahrscheinlich schmerzbedingt – eine leichte Schwäche der Dorsalflexion des linken Fusses und des Hüftbeugers, jedoch ohne weitere radikuläre Zeichen, ersichtlich (Urk. 10/81/3-4). 3.26

Der nämliche Arzt nahm am 27. September 2012 ein weiteres Mal Stellung zum Gutachten des Institutes Y.\_\_\_\_. Er hielt an seiner Einschätzung, wonach sich die rotatorischen

Fehlstellungen im HWS-Bereich im Verlaufe der Chronifizierung mit diversen segmentalen muskulären Dysbalancen entwickelt hätten, fest. Es sei auch das erste Mal gewesen, dass eine dynamische Untersuchung der HWS in Rotation durchgeführt worden sei (Urk. 10/81/5-6) . 4 . 4 . 1

Das auf einlässlichen internistischen, orthopädischen und psychiatrischen

Untersuchungen beruhende, die Vorakten sowie die geklagten Beschwerden berücksichtigende Gutachten des Institutes Y.\_\_\_\_ entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.6 hievore). Nach einleuchtender Darlegung der medizinischen Zusammenhänge gelangten die Experten zur begründeten Schlussfolgerung, dass aus gesamtheitlicher Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe.

Auch die von Dr. P.\_\_\_\_ am 5. Mai 2011 (Urk. 10/39/14-18) abgegebene Beurteilung lässt keinen anderen Schluss zu. Zwar empfahl der genannte Arzt die Anbindung der Beschwerdeführerin an ein Arbeitstraining, gegebenenfalls einen geschützten Arbeitsplatz oder ein tagesklinisches Programm; gleichzeitig brachte er indes zum Ausdruck, dass eine berufliche Wiedereingliederung nach einer Anpassungsphase durchaus möglich ist. Die von ihm vorgeschlagene wohlwollende und behutsame Ressourcenaktivierung kann daher nur so verstanden werden, dass er auf die bei der Beschwerdeführerin offenbar eingetretene Dekonditionierung Rücksicht nimmt und ihr eine gewisse Anpassungszeit zur Umsetzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit einräumt. Dabei handelt es sich um einen invaliditätsfremden Faktor, welcher bei der Anspruchsbeurteilung nicht zu beachten ist. Eine fehlende Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit leuchtet im Übrigen auch vor dem Hintergrund, dass Anpassungsstörungen (vgl. Urk. 10/18/4-10 S. 1 und Urk. 10/39/

14-18 S. 4) nach der Rechtsprechung nicht per se invalidisierend sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_4/2013 vom 19. Dezember 2013 E. 2.2) ein. In Übereinstimmung damit attestierten Dr. I.\_\_\_\_ und die Ärzte der Rehaklinik H.\_\_\_\_ aus psychischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/6 S. 3 und Urk. 10/18/4-10 S. 2). 4 . 2

Die im Nachgang zum MEDAS-Gutachten eingereichten Berichte vermögen keine Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens zu begründen. Dies gilt zu nächst für die Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin (Urk. 10/66 und Urk. 10/81/1) . Denn hinsichtlich der – von den Gutachtern als leicht (Urk. 10/51/2-24 S. 21) und von Dr. Z.\_\_\_\_ als mittelschwer (Urk. 10/66) qualifizierten – depressiven Episode ist festzuhalten, dass selbst mittelgradige depressive Episoden praxisgemäss regelmässig als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines selbstständigen Gesundheitsschadens betrachtet werden, die es der betroffenen Person verunmöglichten, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_213/2012 vom

#### **E. 4**

Die Ärzte der Klinik J.\_\_\_\_, Zentrum für obere Extremitäten, nannten am 25. März 2011 (Urk. 10/51/25-26) nachstehende Diagnosen: - Aktivierte AC-Gelenksarthrose rechts mit - subacromialem Impingement - Bursitis subacromialis - Tendinopathie der Supraspinatussehne - Verdacht auf lange Bizepssehnentendinopathie

Als Nebendiagnosen erwähnten sie ein chronisches myofasiales Cervicalsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion bei Auffahrunfall vom 27. März 2010 und eine Anpassungsstörung mit einer leichten depressiven Reaktion und Angst. 3 .15

Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte am 8. April 2011 ein posttraumatisches cervicocephales Schmerzsyndrom bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 27. März 2010. Als relevante Befunde er hob er eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Bei normalen neurologischen Befunden seien Verletzungen am Nervensystem nicht anzunehmen. Das Beschwerdebild sei daher ausschließlich weichteilbedingt. Eine 50%ige Arbeitsfähigkeit sei frühestens ab 1. Februar 2011 zu realisieren ( Urk. 10/39/24-26 ). 3 .1

#### **E. 6**

Die Ärzte der Klinik J.\_\_\_\_, Zentrum für Neurologie, diagnostizierten am 15. April 2011 ein chronisches myofasiales Cervicalsyndrom bei normalem neurologischem Untersuchungsbefund und Status nach HWS-Distorsion nach Auffahrunfall am 27. März 2010. Angesichts der Schmerzhaftigkeit, der Bewegungseinschränkung und des psychischen Zustandsbildes attestierten sie eine etwa 50%ige Arbeitsfähigkeit ( Urk.

#### **E. 10**

/ 39/20-21 ). 3 .1 7

Med. pract. P.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungspsychiatrischer Dienst der Unfallversicherung, bestätigte am 5. Mai 2011 die Diagnose einer Anpassungsstörung. Er führte aus, der Unfall habe sich zu einem Zeitpunkt ereignet, in welchem die Beschwerdeführerin zwar psychisch stabil gewesen sei, ihre bis anhin vertrauten Ressourcen hätten möglicherweise jedoch kaum zum Wiedergewinn eines Ausgleichs beitragen können. Des Weiteren sei ein regressives Verhalten beobachtbar, das die Selbstlimitierung, Symptomausweitung, fehlende Selbstmotivation und Verknüpfung mit dem Schicksal beziehungsweise der Behandlung des Ehemannes erklären lasse. Das aktuelle psychische Zustandsbild der Beschwerdeführerin führe – im Vergleich zur aktuell stattfindenden Therapie – zur Indikation einer intensiveren psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Im Sinne einer wohlwollenden und behutsamen Ressourcenaktivierung sei bis zur Gestaltung einer Arbeitstätigkeit in der freien Wirtschaft die Anbindung der Versicherten an ein Arbeits training oder gegebenenfalls an einen geschützten Arbeitsplatz respektive ein tagesklinisches Programm zu empfehlen ( Urk. 10/39/14-18 S. 4 f. ).

#### **E. 13**

April 2012 E. 3.2 mit Hinweis). Es erübrigen sich daher weitere Ausführungen betreffend den tatsächlichen Schweregrad der fraglichen Störung. Im Übrigen wird das Beschwerdebild von – grundsätzlich invaliditäts - fremden und daher auszuklammernden – psychosozialen Belastungsfaktoren geprägt. Gegen eine erhebliche psychische Störung spricht ausserdem der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin lediglich einmal pro Monat einer Gesprächstherapie bei ihrer Psychiaterin unterzieht ( Urk. 10/51/2-24 S. 10).

Soweit Dr. Z.\_\_\_\_ die von ihr attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit auch mit der Schmerzhaftigkeit und der Bewegungseinschränkung begründet, ist zudem festzuhalten, dass sie über keinen Facharztstitel in einer organischen Disziplin verfügt.

Zum gleichen Ergebnis kamen die Ärzte der Rehaklinik H.\_\_\_\_ gestützt auf die anlässlich des stationären Aufenthalts der Beschwerdeführerin vom 29. September bis 28. Oktober 2010 erhobenen Befunde (vollständige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ab Ende Oktober 2010, Urk. 10/18/

4-10 S. 2). Diese Einschätzung wird durch die Gutachter des Institutes Y.\_\_\_\_ bestätigt (Urk. 10/51/2-24 S. 22), was sich auch darin zeigt, dass ihrer Expertise keine zwischenzeitlich eingetretene gesundheitliche Verschlechterung entnommen werden kann. Was die von den behandelnden Ärzten abgegebenen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit betrifft, ist anzumerken, dass diese sich entweder nur auf die angestammte Tätigkeit beziehen oder nicht durch – ihre Fachrichtung umfassende – Befunde einleuchtend untermauert wurden (vgl. hierzu auch E. 4.3 hernach).

In Bezug auf die divergierenden medizinischen Beurteilungen ist überdies anzumerken, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 mit Hinweis). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Anders verhält es sich nur, wenn die behandelnden Ärzte objektive feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der (psychiatrischen) Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_79/2008 vom 19. August 2008 E. 4.1 mit Hinweis und 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 mit weiteren Hinweisen). Solche Gesichtspunkte sind den medizinischen Unterlagen nicht zu entnehmen. 4.3

Auch die Berichte von Dr. A.\_\_\_\_

tun der Beweiskraft der Beurteilung der MEDAS-Ärzte keinen Abbruch. Am 11. April und 27. September 2012 (Urk.

10/67 und Urk. 10/81/5-6)

verwies er insbesondere auf die rotatorischen Fehlstellungen und die verminderte Belastbarkeit der HWS.

Die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Laborantin hielt er nicht mehr für möglich, was nur scheinbar im Widerspruch zur Einschätzung des Institutes Y.\_\_\_\_ steht. So gab der orthopädische Gutachter zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit keine Beurteilung ab und formulierte ein allgemein gehaltenes Zumutbarkeitsprofil (Urk. 10/51/2-24 S. 18). In der Konsensbeurteilung trafen die am Gutachten beteiligten Ärzte in Bezug auf die körperlichen Belastungen als Labormitarbeiterin einzig eine Annahme

und erachteten diese Tätigkeit nur unter der Voraussetzung einer geringen Belastung als zumutbar (Urk. 10/51/2-24 S. 22). Dr. A.\_\_\_\_ wiederum äusserte sich zur Frage der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit gar nicht. Nicht nachvollziehbar ist zudem, wieso die Beschwerdeführerin die Tätigkeit als Hauswartin – die gemäss ihren Angaben im Vergleich zur angestammten Arbeit deutlich belastender ist (Urk. 10/51/2-24 S.

14) – zu 50 % ausüben kann, für die Arbeit als Laborantin hingegen

keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehen soll.

Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass Schmerzen an sich noch keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingen (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 994/06 vom 29. August 2007 E. 3.3 mit Hinweisen)

und keine medizinischen Gründe – so auch nicht die von den behandelnden Ärzten angegebene Bewegungseinschränkung der HWS (vgl. Urk. 10/39/20-21 S. 2, 10/39/24—26 S. 3, 10/66 und 10/67 S. 12) – ersichtlich sind, welche die Erfüllung eines Vollzeitpensums in einer behinderungsangepassten Tätigkeit unzumutbar erscheinen liessen, zumal neurologische Ausfälle von den involvierten Ärzten negiert werden.

Ausserdem liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten besteht, in dem Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt und keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird (BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urk. 10/51/2-24 S. 9 f. und S. 20 f.). 4.4

Was die neu im Sommer 2012 aufgetretenen Beschwerden an der Lendenwirbelsäule (LWS; Urk. 10/81/3-4 S. 1) betrifft, ist angesichts der von Dr. A. \_\_\_\_\_

erhobenen Befunde – die durchgeführte LWS-CT-Untersuchung habe den Nachweis intraforaminaler Protrusionen L4/5 links und L5/S1 rechts ergeben, wobei Wurzelreizungen, vor allem L4 links, anzunehmen seien (S. 2) – und mangels einer ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit seitens Dr. A. \_\_\_\_\_ – so auch nicht für die körperlich fordernde Arbeit als Hauswartin – davon auszugehen, dass diesen keine einschränkende Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zukommt. 4.5

Anzufügen bleibt, dass für die Beurteilung des Rentenanspruchs nicht das subjektive Empfinden, sondern die objektiv bestehende Leistungsfähigkeit massgebend ist. Aus diesem Grund ist es insofern nicht bedeutsam, dass sich die Beschwerdeführer in selbst nur zu 50 % arbeitsfähig erachtet. 4.6

Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt ist. 5.

Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich blieb beschwerdeweise unbestritten und ist insoweit nicht zu beanstanden, als dass die Verwaltung bei der Ermittlung des Valideneinkommens der im Zeitpunkt des Unfalls arbeitslosen Beschwerdeführerin auf das im IK-Auszug für das Jahr 2007 (Urk. 10/17) ausgewiesene Einkommen abstellte. Angesichts des nicht gesundheitsbedingten Verlusts dieser Stelle (wie auch der letzten, lediglich zwei einhalb Monate innegehabten [Urk. 10/16 S. 1]), würde sich das Abstellen auf Tabellenlöhne aufdrängen (bei fehlender Ausbildung in der Schweiz [Urk. 10/1 Ziff. 5.2 und Ziff. 5.4] auf den Wert für einfache und repetitive Tätigkeiten). Dies wäre für die Beschwerdeführerin indes nachteiliger. Da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend ist, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns tatsächlich verdient hätte (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen), ist das Valideneinkommen an die Nominallohnentwicklung für das Jahr 2011 (vgl. Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG) anzupassen.

Dies ergibt ein Valideneinkommen von Fr. 57'381.40 ( 2'604 x Fr. 54'076.-- / 2'454; vgl. die auf der Website des Bundesamtes für Statistik [www.bfs.admin.ch] unter der Rubrik „03 – Arbeit und Erwerb“ und der Unter rubrik „Löhne, Erwerbseinkommen“ publizierte Lohnentwicklung ). Hinsichtlich des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den LSE-Tabellenlohn für mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten im privaten Sektor beschäftigte Frauen ab. Im für den Einkommensvergleich massgebenden Jahr 2011 resultiert ein Invaliden einkommen von Fr. 53'367.10 ( 41.7 x Fr. 4'225.-- / 40 x 2'604 / 2'579 x 12; vgl. Die Volkswirtschaft 7/8-2014, S. 92 Tabelle B 9.2 und S. 93 Tabelle B 10.3). Bei einem Invalideneinkommen von Fr. 53'367.10 resultiert im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 57'381.40 eine Erwerbs einbusse von Fr. 4'014.30, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 7 % entspricht. Da selbst bei einem leidensbedingten Abzug von 25 %

k ein rentenbegründe nder Invaliditätsgrad resultieren würde , braucht nicht ab schliessend geklärt zu werden, ob und in welcher Höhe ein allfälliger Abzug vom Invalidene inkommen zu berücksichtigen wäre . 6 .

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 7 .

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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