

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00619 vom 19. Mai 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00619](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00619)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00619 du 19 mai 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00619 del 19 maggio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1963 geborene X.\_\_\_\_ rutschte am 13. Juli 2012 an ihrem Arbeitsplatz im Restaurant Z.\_\_\_\_

auf dem Kellerboden, auf dem Seife ausgelaufen war, aus und schlug sich den Kopf an ( Urk. 8/ 10/196-197). Am 19. April 2013 meldete sie sich – unter Hinweis auf verschiedene seit dem Unfallereignis bestehende Beschwerden – bei der Sozialversicherungsanstalt

des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an ( Urk. 8/5). Zur Klärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse zog die IV-Stelle nebst den Akten der Unfallversicherung ( Urk. 8/10 und Urk. 8/34) Auszüge aus dem individuellen Konto bei ( Urk. 8/3, 8/15 und 8/18) und holte einen Arbeitgeberbericht ( Urk. 8/36) sowie Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 8/ 16-17 und Urk. 8/26) . Am 9. Juli 2013 teilte sie mit, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht angezeigt seien ( Urk. 8/14). Mit Vorbescheid vom

### **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] ). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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. Juni 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr mindestens eine halbe Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen; eventuell sei die Verwaltung zu verpflichten, nach erneuter polydisziplinärer Abklärung neu zu verfügen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 9. Juli 2015 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführerin am 15. Juli 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Nachdem die Beschwerdeführerin gegen die mit Verfügung vom 12. November 2015 vorgesehene Beiladung ihres Ehegatten zum vorliegenden Prozess (Urk. 12), der am hiesigen Gericht ebenfalls ein invalidenversicherungsrechtliches Beschwerdeverfahren (IV.2014.00455) hängig hat, keine Einwendungen vorgebracht hatte, wurde Letztgenannter zum Prozess beigelegt.

und es wurden die gesamten Verfahrensakten des Prozesses IV.2014.00455 beigezogen (Urk. 20/1-21). Gleichzeitig wurde die Versicherte aufgefordert, zu den widersprechenden Angaben der Eheleute anlässlich ihrer Begutachtungen im A.\_\_\_\_ Stellung zu nehmen (Verfügung vom 10. Februar 2016 [Urk. 21]). Dieser Aufforderung kam die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 29. Februar 2016 nach (Urk. 23).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsverweigerung – unter Hinweis auf die Expertise des A.\_\_\_\_ vom 14. Januar 2015 – damit, in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsköchin und Raumpflegerin wie auch in einer leistungsgerechten Tätigkeit bestehe eine reduzierte Leistungsfähigkeit von 85 % bei ganztägiger Präsenz. Die gegen den orthopädischen Gutachter erhobenen Anschuldigungen seien durch die Gutachterstelle zurückgewiesen worden und die Dolmetscherin könne sich nicht mehr an die Begutachtung

erinnern. Auf das fragliche

A.\_\_\_\_ - Gutachten könne da her weiterhin abgestellt werden. Zudem sei bereits im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren versucht worden, die Beweiskraft der damals eingeholten Expertise durch Kritik an der Länge der Begutachtung in Zweifel zu ziehen (Urk. 2 und Urk. 7).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, auf das A.\_\_\_\_-Gutachten könne bereits aus formellen Gründen nicht abgestellt werden. Das Verhalten des orthopädischen Gutachters – er habe sie unter anderem angeschrien, war um sie auf serbisch antwortete, habe mit den Händen auf den Tisch geschlagen und einen Wutausbruch gehabt – sei nicht akzeptabel und stelle die Objektivität der Begutachtung in Frage. Dass die Dolmetscherin zum Vorgefallenen nichts sagen wolle, liege daran, dass sie in einem ständigen Auftragsverhältnis zum A.\_\_\_\_ stehe. Ihre Angaben seien derart präzise und detailliert, weshalb sie nicht als erfunden qualifiziert werden könnten. Das Gutachten des A.\_\_\_\_ sei zudem unvollständig, da es massgebende Berichte und somatische Diagnosen nicht berücksichtige. Es sei angesichts ihrer somatischen Beschwerden nicht nachvollziehbar, inwiefern ihr eine körperlich mittelschwere Tätigkeit zu 85 % zumutbar sei. In der angefochtenen Verfügung sei kein Einkommensvergleich vorgenommen worden, was unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 25 % nachzuholen sei (Urk. 1 S. 2 ff.). 3.

### **E. 3**

Die Unfallversicherung stellte die UVG-Leistungen mit Wirkung per 28. Februar 2013 ein. Die dagegen am 17. Januar 2014 erhobene Beschwerde wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 29. Oktober 2015 abgewiesen (Prozess-Nr. UV.2014.00018).

#### **E. 3.1**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie und Psychiatrie, diagnostizierte am 9. November 2012 einen Status nach Commotio cerebri am 13. Juli 2012, einen posttraumatischen Lagerungsschwindel und eine Zervikozephalgie. Sie berichtete, im Verlauf der Behandlung sei es zunächst zu einer Zunahme der Beschwerden in Form eines starken Schwindels mit Gangunsicherheit und einer schmerzhaft verspannten Schulter- sowie Nacken- und Hinterkopfmuskulatur gekommen. Seit der Intensivierung der Physiotherapie mit Balancetraining sei eine leichte Besserung erkennbar. Sie attestierte eine seit dem Unfalltag bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/10/187-188).

#### **E. 3.2**

Nachdem er die Beschwerdeführerin am 21. Januar 2013 untersucht hatte, führte Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, im Auftrag der Unfallversicherung verfassten Gutachten vom 18. Februar 2013 (Urk. 8/10/75-93) als Diagnose eine möglicherweise stattgehabte Commotio cerebri auf (S. 12). Die Untersuchung habe keinen Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen ergeben. Auffällig sei vor allem eine deutliche Diskrepanz zwischen der anamnestisch angegebenen aktuellen Schmerzstärke und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck gewesen. Es bestehe ebenfalls eine deutliche Diskrepanz zwischen der guten spontanen Beweglichkeit des Kopfes und der in der formalen Prüfung demonstrierten Einschränkung. Dementsprechend sei eine bewusstseinsnahe demonstrative

Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden als wahrscheinlich anzusehen. Eine zumindest fortdauernde vestibuläre Störung sei aufgrund des Umstandes, dass in den Lagerungsproben kein Nystagmus habe ausgelöst werden können, nicht mehr wahrscheinlich. Angesichts des geschilderten Unfallhergangs könne

differentialdiagnostisch grundsätzlich eine möglicherweise initial bestehende Contusio lab yrinthi erwogen werden. Die bekannte Kopfschmerzsymptomatik sei angesichts der anamnestischen Angaben mit migräne-typischen Begleitsymptomen differentialdiagnostisch am ehesten als Migräne einzuordnen. Differentialdiagnostisch könne angesichts der Schmerzmittelanamnese (Analgetikafehlgebrauch) auch ein zumindest anteiliger Analgetikakopfschmerz erwogen werden. Diesbezüglich sei eine Entgiftung und Entwöhnung unter Führung eines Kopfschmerzkalenders anzuraten (S. 12 ff.).

Eine Abweichung vom gesundheitlichen Status prae ante durch den Unfall – so der Gutachter weiter – könne allenfalls für wenige Tage nach dem Unfallereignis als möglich angenommen werden (mögliche Contusio

labyrinthi). Die Beschwerdeführerin sei per sofort zu 100 % als Küchenhilfe arbeitsfähig (S. 16).

Gestützt auf die Ergebnisse der psychiatrischen Untersuchung vom 21. Januar 2013 stellte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im

Gutachten vom 18. Februar 2013

(Urk. 8/10/94- 106 )

folgende Diagnosen (S. 8): - Leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Sedativa-Missbrauch (ICD-10 F13.1) - Mögliche Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.4)

Dem Gutachten kann entnommen werden, dass in der psychiatrischen Anamnese vor allem Beschwerden der vegetativen Imbalance, Muskelverspannungen mit entsprechenden Kopf- und Rückenschmerzen sowie unspezifische gastrointestinale Symptome, Übelkeit und Erbrechen beschrieben worden sind. Zusätzlich zu dieser differentialdiagnostisch als Somatisierungsstörung diskutierbaren Symptomatik habe sich ein als leichtgradig zu klassifizierendes depressives Syndrom mit affektiver Beeinträchtigung und Antriebsminderung eingestellt. Eine antidepressive Behandlung mit Cipralex

sei zeitnah begonnen worden. Dazu sei bei Bedarf Oxazepam zur Schlafregulierung eingesetzt worden, das die Beschwerdeführerin seitdem kontinuierlich und unkontrolliert einnehme, so dass wahrscheinlich ein Sedativa-Missbrauch vorliege. Depressive Verstimmung und Antriebsminderung könnten in diesem Zusammenhang differentialätiologisch auch auf den Sedativa-Konsum zurückzuführen sein. Sowohl aus diagnostischen als auch aus therapeutischen Gründen – so der Experte weiter – sollte die missbräuchliche Einnahme von Oxazepam ausschleichend beendet werden (Entgiftung und Entwöhnung). Darüber hinaus sei eine Optimierung der antidepressiven Behandlung dringend anzuraten. Eine rein psychotherapeutische Behandlung sei in der gegebenen klinischen Konstellation nicht den psychiatrischen Leitlinien entsprechend. Der gesamte klinische Eindruck enthalte auch Anhaltspunkte für eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden, weshalb bei einer nicht erheblich ausgeprägten Depressivität keine die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigende Störung auf psychiatrischem Gebiet zu attestieren sei. Die notwendige Benzodiazepin-Ent

gigtung und -Entwöhnung könne durchaus neben einer Arbeitstätigkeit erfolgen (S. 8 ff.). Aus psychiatrischer Sicht liege spätestens ab 1. März 2013 eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer lei densangepas ten Tätigkeit vor (S. 12).

### **E. 3.3**

Im Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 11. Juli 2013 über die einmalig durchgeführte Untersuchung der Beschwerdeführerin wurden ein Status nach Sturz auf den Hinterkopf am 13. Juli 2012 mit Contusio

capitis rechts parieto-occipital und eine Commotio cerebri mit Symptomenkomplex, vor allem Schwindel und Kopfschmerzen, sowie ein Zervikal syndrom geschildert. Das durchgeführte Kopfgelenk-CT habe Zeichen der muskulären suboccipitalen

Dysbalance mit Densdezentrierung nach links, rotatorische Fehlstellungen C2 bis C5 nach rechts, Spondylarthrosen C3/4 links, weniger ausgeprägt auch rechts, sowie C5/6 links und eine schwächliche autochthone Nackenmuskulatur im zerviko-kranialen Abschnitt mit viel Fettgewebe in den Faszien gezeigt. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 8/17).

### **E. 3.4**

Die im F.\_\_\_\_ am 1. November 2013 durchgeführte MR-Arthrographie der rechten Schulter zeigte eine Ruptur der langen Bizepssehne mutmasslich im Bereich der labralen Insertion (Urk. 8/42/1).

### **E. 3.5**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte am 25. Februar 2014 (Urk. 8/42/2-4) nachstehende Diagnosen (S. 3): - Postkommotionelles Syndrom (ICD-10 F07.2) - Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2)

Er berichtete, die Beschwerdeführerin leide mindestens seit der Behandlungsaufnahme an einer depressiven Störung, derzeit an einer mittelgradigen depressiven Episode nach den Kriterien der internationalen Klassifikation psychischer Störungen. Im Vordergrund stehen die Symptome der Niedergeschlagenheit sowie Konzentrations- und Einschlafstörungen mit psychomotorischer Unruhe. Darüber hinaus vermeide die Versicherte

Sozialkontakte und habe Zukunftsängste. Tätigkeiten, die ihr früher Freude gemacht hätten, könne sie nicht mehr ausführen. Die

Behandlung des postkommotionellen Syndroms und der chronischen Schmerzen habe bisher zu keiner wesentlichen Besserung geführt. Die Chronifizierung der somatisch bedingten Beschwerden erschwere den psychiatrischen Behandlungsverlauf. Aus psychiatrischer Sicht – so Dr. F.\_\_\_\_ weiter –

würden bei der Beschwerdeführerin die Angst-

und die depressiven Beschwerden im Vordergrund stehen, worauf sich auch die Behandlung konzentriere. Für die Beschwerdeführerin werde es immer schwieriger, die durch das postkommotionelle Syndrom bedingten chronischen Beschwerden und die immer wieder auftretenden Schmerzen im Alltag zu ertragen. Auf diese belastende Situation reagiere sie verstärkt mit Angst und Depression. Auch ihr Verhalten gegenüber ihren Angehörigen habe wiederholt Probleme verursacht. Eine dauerhafte Stabilisierung der Stimmung habe bisher nicht erreicht werden können (S. 2).

### **E. 3.6**

Die Ärzte der H.\_\_\_\_ hielten in ihrem Bericht vom 21. Februar 2014 fest, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit fehlenden sensomotorischen Ausfällen. In der MRI-Bildgebung habe sich eine Anterolisthese L4/L5 Grad I mit Kompression der austretenden Nervenwurzeln L4 beidseits sowie L5 links gezeigt. Aktuell seien die Schmerzen progredient. Sie empfahlen die Durchführung von Physiotherapie für die Analgesie und die Verbesserung der Muskelfunktion (Urk. 8/44/4-5).

### **E. 3.7**

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, nannte am 18. März 2014 (Urk. 8/44/1-3) folgende Diagnose (S. 1): - Status nach Arbeitsunfall am 13. Juli 2012 mit Commotio cerebri und Rückenprellungen mit - posttraumatischem cervico-cephalem Schmerzsyndrom mit migränoiden Exazerbationen der Kopfschmerzen sowie - Verdacht auf posttraumatische periphere Vestibulopathie und - Verdacht auf posttraumatischen zervikal bedingten Schwindel

Der nämliche Arzt führte aus, das ausgeprägte cervico-cephale Schmerzsyndrom führe immer wieder zu heftigen Kopfschmerzexazerbationen mit teilweise deutlichen Migränemerkmalen. Bei den Drehschwindelgefühlen dürfte es sich am ehesten um einen vestibulär bedingten Schwindel handeln. Da der Befund unter der Frenzelbrille aber normal gewesen sei, habe sich dies aber nicht beweisen lassen. Die beim Gehen auftretenden Schwankschwindel seien am ehesten zervikal bedingt. Für eine zentrale Genese hätten sich keine entsprechenden Hinweise gefunden. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin auf physikalische Behandlungen angewiesen (S. 3).

### **E. 3.8**

Dr. F.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 2. Dezember 2014 (Urk. 8/58/1-3) folgende Diagnosen (S. 1): - Anhaltende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.2) - Status nach Arbeitsunfall am 13. Juli 2012 mit Commotio cerebri und Rückenprellungen, mit posttraumatischem cervico-cephalem

Schmerzsyndrom mit migränoiden Exazerbationen der Kopfschmerzen sowie - posttraumatischem Tinnitus - Verdacht auf posttraumatische periphere Vestibulopathie - Verdacht auf posttraumatische zervikal bedingte Schwindel - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei degenerativer Olisthese L3/4 - Meyerding Grad I

Dr. F.\_\_\_\_ schilderte, bei der Beschwerdeführerin sei es zu keiner Besserung des psychischen Gesundheitszustands gekommen, obwohl eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut worden sei. Die Wahrscheinlichkeit, mit einer stationären oder halbstationären Behandlung einen höheren Behandlungserfolg mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erzielen, sei als gering einzustufen. Das Störungsbild sei trotz adäquater ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung in einen weitgehend chronifizierten Zustand getreten. Die psychopathologischen Befunde, insbesondere die Antriebsverminderung und der von einem sozialen Rückzug begleitende Interesseverlust würden für eine mittel- bis schwere depressive Episode sprechen. Die Beschwerdeführerin sei durch ihre anhaltende Depressivität absorbiert, in der Aufmerksamkeit und der Konzentration beeinträchtigt, vermindert belastbar, kaum leistungsfähig, blockiert und auf der Beziehungsebene kaum erreichbar. Es sei daher von

einer vom Schmerzsyndrom losgelösten psychischen Komorbidität auszugehen, welche die Arbeitsfähigkeit in relevanter Weise einschränke. Hinsichtlich der willentlichen Beeinflussbarkeit der Symptomatik sei

anzunehmen, dass aufgrund der schwer ausgeprägten Angst und depressiven Störung eine willentliche Überwindung der Beeinträchtigungen derzeit verunmöglicht sei. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei deshalb auch für leichte Arbeiten auf 0 % reduziert. Sie sei in der freien Marktwirtschaft keinem Arbeitgeber zumutbar. Einzig möglich sei eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen, bei der gehäufte Fehler, ein langsamerer Arbeitsablauf und vermehrte Pausen toleriert würden (S. 2).

### **E. 3.9**

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Oto - Rhino -Laryngologie, berichtete am 4. Dezember 2014, bei der Beschwerdeführerin handle es sich eindeutig um eine therapieresistente Funktionsstörung innerhalb des Gleichgewichtssystems und um eine weitere Chronifizierung der Beschwerden. Der Integritätsschaden anhand der SUVA-/UVG-Tabellen 13 und 14 liege bei mindestens 45 % . Die jetzigen therapeutischen Massnahmen seien aus interdisziplinärer Sicht notwendig, um eine weitere Dekompensation innerhalb des Gleichgewichtssystems auf zuhalten ( Urk. 8/58/4-5).

### **E. 3.10**

Gestützt auf die Ergebnisse der internistischen, orthopädischen, neurologischen, otorhinolaryngologischen und psychiatrischen Untersuchung diagnostizierten die A.\_\_\_\_-Gutachter in ihrer Expertise vom 14. Januar 2015 ( Urk. 8/66/2- 35) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30 f.) : - Periphere vestibulo-cochleäre Funktionsstörung links (ICD-10 H81.3) - Tinnitus beidseits, links akzentuiert (ICD-10 H93.1) - mittelgradig kompensiert - Chronische Nacken-Schulter-Arm-Handbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M54.2/M79.60) - Status nach Kopfkontusion am 12. Juli 2012 - radiologisch mässige Osteochondrose und Diskusprotrusion HWK6/7 ohne Hinweis für relevante Degeneration, Instabilität oder Neurokompression (Röntgen 5. August 2013 und MRI 19. Dezember 2013) - radiologisch Läsion der langen Bizepssehne ohne klaren Hinweis für relevante Läsion der Rotatorenmanschette (MRI 1. November 2013) - Zustand nach Schädelprellung mit möglicher Commotio cerebri (ICD-10 S06.0) und HWS-Distorsionstrauma (ICD-10 S13.4) Juli 2012 - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - radiologisch mittelgradige Spondylarthrose der unteren LWS und Anterolisthese LWK4/5 Grad I (MRI 19. Dezember 2013) - Status nach Facettengelenksinfiltration LWK3/4 beidseits am 8. Mai 2014 ( H.\_\_\_\_ )

Den nachstehenden Diagnosen massen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 31): - Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Verdacht auf temporomandibuläres Schmerzsyndrom links (ICD-10 K07.6) - craniomandibuläre Dysfunktion - Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - unter medikamentöser Behandlung gut eingestellt - Adipositas (BMI 33 kg/m<sup>2</sup>; ICD-10 E66.0)

Die internistische Untersuchung habe – so Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin – das Bild einer 51-jährigen Versicherten in unauffälligem Allgemein- und adipösem Ernährungszustand ergeben. Die klinische Untersuchung des Thorax, des Herzens, der Lunge und des Abdomens habe ausser einer leichten diffusen Druckdolenz über dem ganzen Abdomen unauffällige Befunde gezeigt. Es bestehe eine arterielle Hypertonie, welche medikamentös behandelt werde. Die Blutdruckwerte hätten im

Normbereich gelegen. Aus allgemeininternistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt (S. 9).

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete in seinem psychiatrischen Fachgutachten, bei der Beschwerdeführerin bestehe diagnostisch eine leichte depressive Episode, welche durch die ICD-10-Kriterien verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, leicht vermindertes Appetit und Schlafstörungen gekennzeichnet sei. Sie leide unter multipel und wechselnde somatische Beschwerden mit Schwindelbeschwerden, Übelkeit, Brechreiz, Ohrrauschen, Zittern und ausgedehnten Schmerzen im Bewegungsapparat. Diagnostisch handle es sich um eine Somatisierungsstörung. Die Versicherte fühle sich nicht mehr arbeitsfähig wegen all ihrer Beeinträchtigungen und habe keine Hoffnung auf eine Besserung. Ihre Krankheitsüberzeugung sei deutlich ausgeprägt. Die Prognose sei deshalb ungünstig. Von den Förster-Kriterien sei das Kriterium des chronischen Verlaufs hinreichend erfüllt. Das Kriterium des sozialen Rückzugs sei zum Teil erfüllt. Von der Familie würden ihr praktisch alle Haushaltsarbeiten abgenommen. Sie werde überallhin begleitet. Dadurch könne ein sekundärer Krankheitsgewinn entstehen, wodurch ihr regressives Verhalten noch verstärkt werden könnte. Es bestehe eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Das Antidepressivum, das sie verordnet erhalten habe, besitze

keine Indikation bei somatischen Beschwerden und keine schlafstörenden Eigenschaften. Die therapeutischen Möglichkeiten seien daher nicht ausgeschöpft. Zusammenfassend führte Dr. L.\_\_\_\_ aus, aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 12 f.).

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, gab in seinem orthopädischen Teilgutachten an, auf orthopädischer Ebene seien folgende Befunde objektivierbar: der ebene Gang sei mit samt den geprüften Varianten unauffällig. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule habe sich unter Gegenspannung eine deutlich bis massiv eingeschränkte Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte gezeigt, doch habe der initial vermehrte Finger-Boden-Abstand durch eine freie Auslenkung im Langsitz relativiert werden können. Auch an den oberen und unteren Extremitäten habe eine freie Auslenkung mit Ausnahme von Überkopfmännern an den Schultern – unter wiederum erheblicher Gegenspannung – bestanden. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen habe bei ausreichender Kooperation problemlos durchgeführt werden können. Auffallend seien die sehr diffusen

Druckdolenz an Stamm und Extremitäten gewesen, welche schlecht reproduzierbar und anatomisch keinesfalls zuordenbar gewesen seien. Während es bei der Untersuchung der unteren Extremitäten in Rückenlage zur erheblichen Gegenspannung und Schmerzäußerung gekommen sei, sei die Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen offensichtlich ohne relevanten Leidensdruck gelungen. Zumindest vier von fünf Waddell-Zeichen seien positiv gewesen. Auf radiologischer Ebene seien an der Wirbelsäule weder höhergradige degenerative Veränderungen, traumatische Läsionen noch klare Hinweise für Neurokompressionen gefunden worden. An der rechten Schulter würden mit Ausnahme von Hinweisen für eine Ruptur der langen Bizepssehne keine Auffälligkeiten vorliegen. In Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten weitestgehend blauen Befundes werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Zusammenfassend könne – so der Gutachter weiter – gesagt werden, dass sich die von der Beschwerdeführerin anamnestisch und klinisch diffus

präsentierten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde kaum begründen lassen würden. Nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck angesichts einer Fehllage im Sinne eines Hohl-Rundrückens samt Protraktion von Kopf und Schultern, keinesfalls aber die als invalidisierend angegebene Symptomatik. Die deutlichen Inkonsistenzen, das weitgehend fehlende Ansprechen auf wiederholte lokale Infiltrationen, die anamnestisch weiterhin intensiv durchgeführten konservativen Therapiemaßnahmen sowie die langdauernde körperliche Schonung und Arbeitskarenz könnten als klarer Hinweis für eine im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekomponekte angesehen werden. Aus orthopädischer Sicht bestehe für die Tätigkeit als Hilfsköchin wie für andere überwiegend in stehender und gehender Position durchzuführende Verrichtungen eine Arbeitsfähigkeit von 90 % bei ganztägigem Pensum mit um 10 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Verrichtungen mit immer wieder auch sitzenden Anteilen liege dagegen aus rein orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmäßig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm bis intermittierend 15 Kilogramm sollte dabei vermieden werden (S. 19 f.).

Dem neurologischen Fachgutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin vor knapp 2,5 Jahren bei der Arbeit einen Unfall erlitten hat, bei welchem sie sich eine Schädelprellung mit möglicher Commotio cerebri und HWS-Distorsionsstrauma zuzog en hat. Anhaltspunkte für eine weitergehende intrakranielle Schädigung hätten sich damals nicht ergeben. Alle nachfolgenden neurologischen Untersuchungen seien

in objektiver Hinsicht unauffällig ausgefallen. Zu diskutieren sei ein HWS-Distorsionsstrauma, das aber nur als leichtgradig eingeordnet werden könne. Dies stütze sich auf das Fehlen neurologischer Ausfälle, das Fehlen knöcherner Verletzungen wie auch auf die verspätete Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung. Ein bei anhaltenden Beschwerden durchgeführtes MRI der HWS habe keine relevante Tangierung neuraler Strukturen aufgeführt. Ein leichtgradiges degeneratives HWS- und LWS-Syndrom falle

in das orthopädische Fachgebiet. Eine Betätigung neuraler Strukturen sei auch bei der aktuellen Untersuchung nicht festzustellen. Auf dem neurologischen Gebiet ergebe sich keine wesentliche, die Arbeitsfähigkeit einschränkende Erkrankung (S. 24 f.).

In seinem otorhinolaryngologischen Teilgutachten schilderte Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Oto - Rhino -Laryngologie, es könne aktuell eine leichtgradige Hörschwellenasymmetrie zu Ungunsten von links objektiviert werden. Im Rahmen dieser Hörschwellen würden subjektiv auditive Einschränkungen im Rahmen von Gesprächen mit mehreren Personen sowie unter gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel bestehen. Bezüglich des konstanten Tinnitus beidseits, links akzentuiert, mit Begleitsymptomatik im Sinne von Einschlaf - und Durchschlaf Schwierigkeiten, mit konsekutiver Tagesmüdigkeit und

Konzentrationsschwierigkeiten könne dieser im Rahmen des subjektiven Empfindens als mittelgradig kompensiert bezeichnet werden. Seitens der peripheren vestibulären Funktion hätten aktuell Befunde einer peripheren vestibulären Funktionsstörung mit Links nystagmen sowie leichtem Linksüberwiegen im Rahmen der kalorischen Prüfung

objektiviert werden können. In Anbetracht der zusätzlichen leichtgradigen cochleären Funktionsstörung links könne daher von einer peripheren vestibulo-cochleären Funktionsstörung links ausgegangen werden. Befunde einer zusätzlich möglichen zervikogen-propriozeptiven Funktionsstörung hätten indes im Rahmen der subjektiv schmerzhaft eingeschränkten HWS-Beweglichkeit nicht provoziert werden können. Zusätzlich habe sich im Rahmen der aktuellen Untersuchung eine Retropulsionstendenz sowie ein unsicheres Gangbild gezeigt, wobei sich Letzteres im Anschluss an die Untersuchung beim unbeobachteten Gehen und Überqueren der Strasse nicht mehr habe beobachten lassen, so dass der Verdacht auf eine zusätzliche partielle funktionelle Überlagerung bestehe. Des Weiteren seien aktuell Befunde eines temporomandibulären Schmerzsyndroms mit Druckdolenz sowie leichter Subluxation im Bereich des linksseitigen Kiefergelenkes bei cranio-mandibulärer Dysfunktion ersichtlich.

Dr. O.\_\_\_\_ führte zur Arbeitsfähigkeit aus, im Rahmen der audiologischen Untersuchungsbefunde mit nur leichtgradiger Hörschwellenasymmetrie zu Ungunsten von links

würden objektiv keine eigentlichen auditiven Einschränkungen bestehen. Aufgrund des Tinnitus sollten einzig Tätigkeiten unter erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel gemieden werden. Angesichts der intermittierenden Schwindelattacken

beständen

zusätzliche qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit: auf sturzgefährdende Tätigkeiten sei zu verzichten. Im Rahmen der differenzialdiagnostisch möglichen zusätzlichen zervikogen-propriozeptiven bedingten Schwindelsymptomatik sollten Tätigkeiten mit häufigen Kopfschmerzen gemieden werden. Zusammenfassend bestehe folglich aus rein otoneurologischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 15 % (S. 28 f.).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die involvierten Spezialärzte zusammenfassend aus, die Beschwerdeführerin sei für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 85 % arbeits- und leistungsfähig (vollschichtig realisierbar). Körperlich schwere Tätigkeiten sowie solche mit Absturzgefährdung und erhöhtem Umgebungslärmpegel seien nicht mehr geeignet (S. 34). 4.

#### **E. 4**

.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

Vorab ist zu prüfen, ob aufgrund des Verhaltens des A.\_\_\_\_-Gutachters

Dr. M.\_\_\_\_ auf dessen Voreingenommenheit zu schliessen ist (Urk. 1 S. 2 ff.).

#### **E. 4.2**

Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände

vorliegen, die in objektiver Weise und nicht bloss aufgrund des subjektiven Empfindens der Partei geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person zu erwecken. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche medizinischen Gutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit der begutachtenden Ärzte ein strenger Massstab anzulegen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_905/2011 vom 6. Juni 2012 E. 4.1).

#### **E. 4.2.1**

mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb, 124 V 321 E. 3b/ aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf der Grundlage der LSE kann – ausnahmsweise – der Lohn eines einzelnen Sektors („Produktion“ oder „Dienstleistungen“) oder gar einer bestimmten Branche herangezogen werden, wenn es als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit im betreffenden Bereich tätig gewesen waren und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt (SVR 2008 IV Nr. 20 S. 63, 9C\_237/2007 E.

5.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_667/2013 vom 29. April 2014 E. 5.3). 6. 3 .2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerthen kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinheiten mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzuges vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die

Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser ange messen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3 . 2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C\_728/2009 E. 4.1.2).

#### **E. 4.3**

Das Expertenverhalten während der Exploration kann objektiv den Anschein von Befangenheit erwecken. Zu denken ist etwa an Äusserungen, welche die Glaubhaftigkeit der Angaben des Exploranden oder der Explorandin zum Gesundheitszustand und zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit von vorn herein mehr oder weniger offen verneinen, abschätzige Bemerkungen persönlicher Natur oder unter Umständen die Art und Weise, wie die Untersuchung durchgeführt wird und in diesem Zusammenhang auch die Dauer der Mass nahme. Die Objektivität der Beurteilung steht auch in Frage, wenn die begut achtende Person von weitgehend sachfremden Kriterien auf Aspekte des Gesundheitszustandes schliesst, welche für die zumutbare Arbeitsfähigkeit von Bedeutung sind. Schliesslich kann die Abfassung einer medizinischen Expertise in beleidigendem Ton oder sonst auf unsachliche Art und Weise objektiv Zweifel an der Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person wecken. Für die Frage, ob bestimmte Äusserungen oder das Verhalten des Experten oder der Expertin objektiv den Anschein der Befangenheit zu erwecken vermögen, kann allenfalls auch von Bedeutung sein, ob das Verhältnis zwischen der sach verständigen und der zu explorierenden Person angespannt war, ohne dass Anhaltspunkte für ein negatives unkooperatives Verhalten seitens der abzuklä renden Person bestand. Der Umstand, dass ein insbesondere im therapeutischen Kontext wichtiges Vertrauensverhältnis zwischen begutachtendem Arzt und Patient nicht hergestellt werden konnte, lässt jedoch nicht auf Voreingenom menheit schliessen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_905/2011 vom 6. Juni 2012 E. 4.2).

#### **E. 4.4**

Die Beschwerdeführerin wirft Dr. M.\_\_\_\_ in ihrem Schreiben vom 12. Dezember 2014 unter anderem vor, er habe sie wiederholt angeschrien, mehrmals mit den Händen auf den Tisch geschlagen sowie mit den Füßen auf den Boden gestampft. Er habe einen richtigen Wutausbruch gehabt ( Urk. 8/62).

Dies wird vom betreffenden Gutachter vehement bestritten ( Urk. 8/65/1-2). Darüber, wie sich das Verhalten des untersuchenden Arztes genau darstellte, kann am sach lichsten die bei der Begutachtung ebenfalls anwe sende Dolmetscherin Auskunft geben. Frau P.\_\_\_\_ gab auf die Exploration angesprochen an, dass sie sich nicht mehr erinnern könne ( Urk. 8/70). Mit Blick auf die erhobenen Vorwürfe, die in ihrem Ausmass erheblich sind, wäre indes zu erwarten gewesen, dass Letztge nannte r

ein sol ch gravierender Vorfall im Gedächtnis geblieben wäre. Ange sichts dessen, dass sie vom Q.\_\_\_\_ vermittelt worden war ( Urk. 8/70 ) und damit in keinem ständigen Auftrags verhältnis zum A.\_\_\_\_ steht (Urk.

1 S. 3) , kann sodann nicht auf eine fehlende Objektivität der Dolmetscherin geschlossen werden. Anzufügen bleibt zudem, dass selbst der Rechtsvertreter in seiner Beschwerdeschrift Zweifel an der Dar stellung des Erlebten zum Ausdruck bringt ( Urk. 1 S. 2). Vor diesem Hinter grund ist davon auszugehen, dass ein Anschein der Befangenheit von Dr. M.\_\_\_\_ nicht erstellt ist.

#### E. 4.5

Entgegen den entsprechenden Ausführungen der Beschwerdeführerin ( Urk. 1 S. 3 f.) begründet der Umstand allein, dass im A. \_\_\_ viele Ärzte auf enge m Raum zusammenarbeiten und laute Stimmen oder Geräusche aus den Nachbarzimmern gut zu hören sind, keinen Zweifel an der pflichtgemässen Ausübung der Gutachtertätigkeit.

#### E. 4.6

Das Gutachten des A. \_\_\_ vom 14. Januar 2015 ist demnach im praxisgemässen Rahmen auf seine Beweiseignung beziehungsweise Beweiswertigkeit hin zu überprüfen. 5. 5.1

Das auf einlässlichen internistischen, psychiatrischen, orthopädischen, neurologischen und otorhinolaryngologischen Untersuchungen beruhende, die fallrelevante

Vorakten sowie die geklagten Beschwerden berücksichtigende A. \_\_\_ -Gutachten entspricht grundsätzlich den recht sprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1. 3 hievore). Bei der Würdigung der Expertise gilt es jedoch zu beachten, dass es Sache des (begutachtenden) Mediziners ist, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können ( BGE 140 V 193 E. 3.2). 5.2

Was die Auswirkungen der physischen Beschwerden auf das funktionelle Leistungsvermögen betrifft, hielt der orthopädische Gutachter – unter Hinweis auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen den anamnestischen Schmerzschilderungen und den objektivierbaren Befunden und das weitgehend fehlende Ansprechen auf wiederholte lokale Infiltrationen – nachvollziehbar fest, dass eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit der Beschwerdeführerin zu 100 % zumutbar ist ( Urk. 8/66/2-34 S. 20 und S. 22).

Eine weitergehende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ist auch gestützt auf die von Dr. I. \_\_\_ konstatierte schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule mit palpatorisch deutlich verdickter und druckdolenter sowie tonisierter Nacken- und Schultermuskulatur auf beiden Seiten ( Urk. 8/44/1-3 S. 2) nicht anzunehmen. Ausserdem ist es der Versicherten möglich, bis zu zwei Stunden lange Spaziergänge zu unternehmen ( Urk. 8/66/2-35 S. 16). Die Rüge der Beschwerdeführerin, die von den Ärzten der H. \_\_\_ gestützt auf die MRI-Bildgebung festgestellte Kompression der austretenden Nervenwurzel L4 beidseits sowie L5 – der von den nämlichen Medizern nicht eine mit dem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom vergleichbare Bedeutung zugemessen wurde, wurde doch der entsprechende Befund nicht in die Diagnoseliste aufgenommen (vgl. Urk. 8/44/4-5) – habe nicht im A. \_\_\_ -Gutachten Eingang gefunden ( Urk. 1 S. 5), erweist sich als unzutreffend. So war den Medas

-Experten einerseits der betreffende Bericht vom 21. Februar 2014 durchaus bekannt ( Urk. 8/66/2-34 S. 3), andererseits wies der orthopädische Gutachter in seinem Fachgutachten explizit auf den erwähnten Befund hin (Urk. 8/66/2-34 S. 21). In diesem Zusammenhang ist zudem ergänzend darauf hinzuweisen, dass Schmerzen an sich noch keine Arbeitsunfähigkeit begründen (Urteil des Bundesgerichts I 994/06 vom 29. August 2007 E. 3.3 mit Hinweisen) und die Ärzte der H.\_\_\_\_ keine sensomotorischen Ausfälle feststellen konnten ( Urk. 8/44/4-5 S. 2).

Die vom neurologischen A.\_\_\_\_ -Experten festgestellte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit steht sodann im Einklang mit den Ergebnissen der von Prof. Dr. C.\_\_\_\_

durchgeführten neurologischen Begutachtung (vgl. Urk. 8/10/75-93). Auch der Neurologe Dr. I.\_\_\_\_ berichtete – nebst einer schmerzbedingten Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule – von einem unauffälligen Status mit mittellebhaft und seitengleich auslösbaren Muskeleigenreflexen und von fehlenden Pyramidenzeichen ( Urk. 8/44/1-3 S. 2). Der otorhinolaryngologische Experte

Dr. O.\_\_\_\_

ging von einer Leistungsminderung von 15 %

in einer

leidensangepassten Tätigkeit

aus. Gründe für eine quantitative Einschränkung bei der Ausübung einer

Verweistätigkeit gehen aus seiner Einschätzung indes keine hervor. Seiner Beurteilung können vielmehr nur qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit entnommen werden (Urk. 8/66/2-34 S. 29), die bereits Eingang im Umstand, dass der Beschwerdeführerin einzig noch adaptierte Tätigkeiten zumutbar sind, gefunden haben. Der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. O.\_\_\_\_ kann somit insoweit nicht gefolgt werden, als dass er in einer Verweistätigkeit von einer zusätzlichen Einschränkung von 15 % ausging. 5.3

Betreffend die psychische Symptomatik legte der psychiatrische Gutachter – gestützt auf die klinischen Befunde – überzeugend dar, dass

der leichten depressiven Episode und der Somatisierungsstörung kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukommt und folglich bei der Beschwerdeführerin keine psychiatrische Störung mit Krankheitswert besteht. In Übereinstimmung damit kam bereits Dr. D.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 18. Februar 2013 zum Schluss, dass keine die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigende psychiatrische Störung vorliegt (Urk. 8/10/94-106 S. 10). Die entsprechende Einschätzung wird auch nicht durch die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. F.\_\_\_\_ in Frage gestellt, wobei diesbezüglich auf die einlässliche Auseinandersetzung im A.\_\_\_\_ -Gutachten verwiesen werden kann (Urk. 8/66/2-35 S. 14 f.). Zu ergänzen bleibt, dass nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine invalidisierende Wirkung einer leichten respektive mittelschweren depressiven Störung – eine gegenwärtig schwere Episode (vgl. Urk. 8/58/1-3 S. 2) ist weder angesichts der erhobenen Befunde noch des Freizeitverhaltens der Versicherten nachvollziehbar – zwar nicht schlechthin auszuschliessen ist. Deren Annahme bedingt jedoch, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des

Gesundheitsschadens anzunehmen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 9C\_863/2015 vom 7. Januar 2016 E. 1, 8C\_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit weiteren Hinweisen und 9C\_369/2014 vom 19. November 2014). Es sind daher die Umstände des konkreten Falls zu berücksichtigen. Vorliegend kann von einer Ausschöpfung der therapeutischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten nicht gesprochen werden. Die ambulante Therapie bei Dr. F. \_\_\_ findet ein- bis zweimal im Monat statt (Urk. 8/58/1-3 S. 2 und Urk. 8/66/2-35 S. 10). Eine (teil-)stationäre Behandlung wurde bislang noch keine durchgeführt. Diesbezüglich ist nicht ersichtlich und wird vom behandelnden Psychiater auch nicht begründet, weshalb er die Erfolgsaussichten einer stationären Therapie als gering einstuft (Urk. 8/58/1-3 S. 2). Auch angesichts dieser Intensität der Therapiebemühungen kann dem Leiden der Beschwerdeführerin keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden.

Zu prüfen bleibt, ob die gutachterliche Einschätzung unter Berücksichtigung der vom Bundesgericht zwischenzeitlich geänderten Schmerzrechtsprechung Stand hält. 5.4 5.4.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthe men und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweiselastete versicherte Person zu tragen (E. 6). 5.4.2

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder - resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen ver gleich baren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Lei dens druck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Ein zelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3). 5 .4 .3

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betref fend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutach tung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrens standard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Ge gebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vor handenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio ). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prü fen, ob die beigezogenen admi nistrativen und/oder gerichtlichen Sachverständi gengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berich ten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Um ständen eine punktuelle Ergänzung genügen ( BGE 141 V 281 E. 8). 5 .5

Im hier zu beurteilenden Fall sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass unter Berücksichtigung der mittlerweile massgebenden Standardindikatoren an Stelle der sogenannten Foerster-Kriterien eine Arbeitsunfähigkeit resultieren könnte. Ins Gewicht fällt diesbezüglich namentlich, dass die Beschwerdeführerin über gute Kontakte innerhalb der Familie verfügt ( Urk. 8/ 66/ 2-35 S. 10), längere Spaziergänge unternimmt ( Urk. 8/ 66/ 2-35 S. 11 und S. 16 ) , Einkaufszentren besucht ( Urk. 8/42/2-4 S. 1), Haushaltsarbeiten zumindest teilweise ausübt (Urk. 8/ 66/ 2-35 S. 16 und Urk. 20/11/199/2-41 S. 21 ), ihr Busreisen nach R.\_\_\_\_ mögli ch ( Urk. 20/11/199/2-41 S. 21) sowie die therapeutischen Möglich keiten noch nicht ausgeschöpft sind (Urk. 8/ 66/ 2-35 S. 1 5 , S. 20 und S.

30) und d ie A.\_\_\_\_ -Gutachter – wie bereits Prof. Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ (Urk. 8/10/75-93 S. 12 und Urk. 8/10/94-106 S. 9 ) – über eine deutlich ausgeprägte Krankheits überzeugung und Inkonsistenzen berichteten (Urk.

8/ 66/ 2-35 S. 13 , S. 20, S. 22 und S. 29 ) . Im Einklang damit steht, dass der behandelnde Psychiater keine somatoforme Schmerzstörung diagnostizierte ( Urk. 8/58/1-3 S. 1). 5.6

Unter Berücksichtigung sämtlicher Gesundheitsstörungen ist folglich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit anzunehmen. Angesichts der unter Berücksichtigung der vorhandenen Einschränkungen noch bestehenden Leistungsfähigkeit ist davon auszugehen (vgl. Urk. 1 S. 4) , dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt der Beschwer deführer in noch ein genügend breites Spektrum

an Arbeitsgelegenheiten bietet. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass das Bundesgericht wiederholt darauf hin gewiesen hat, dass körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten auf dem allein massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus vorhanden sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_606/2012 vom 3. Dezember 2012 E. 3.5 mit Hinweisen). Nämliches kann betreffend Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer in noch zumutbar sind, gesagt werden.

6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1.1**

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. Valideinkommen). 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 6. 1. 2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). Ein solcher Ausnahmefall liegt beispielsweise dann vor, wenn die versicherte Person ihre Arbeitsstelle infolge konkursbedingter Betriebsschliessung verliert (Urteil des Bundesgerichts 8C\_462/2014 vom 18. November 2014 E. 4.2 mit Hinweis).

Der bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigenden ausgeglichenen Arbeitsmarktlage (Art. 16 ATSG) ist grundsätzlich auch bei der Festsetzung des Validenlohnes Rechnung zu tragen, wobei auf die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C\_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 mit Hinweisen). 6. 2

Die Beschwerdeführerin hatte bis zu ihrem am 13. Juli 2012 erlittenen Unfall ein volles Pensum als Hilfsköchin im Restaurant Z.\_\_\_\_

inne . Zusätzlich war sie etwa zwei Stunden täglich bei Dr. med. S.\_\_\_\_ als Raumpflegerin tätig ( Urk. 8/66/2-35 S. 8) . Vor dem Hintergrund, dass sie bei Letzterer jeweils stundenweise in einem unregelmässigen Arbeitspensum gearbeitet und damit schwankende Einkommen erzielt hatte ( Urk. 8/36 S. 2 und S.

4), rechtfertigt es sich, vom Durchschnittslohn der letzten fünf Jahre für die Bemessung des Einkommens als Reinigungskraft auszugehen. Es ergibt sich gestützt auf den Auszug aus dem individuellen Konto ( Urk. 8/15)

ein Einkommen von rund Fr. 13'413.-- ([ Fr. 12'830.-- + Fr. 13'889.-- + Fr. 12'908.-- + Fr. 12'609.-- + Fr. 14'827.--] / 5) respektive unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ab Mittelwert 2010 (Index 2579) bis 2013 (Index 2648 ; vgl. Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S. 89 Tabelle B10. 3 und [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)

Tabelle Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Real löhne)

von Fr. 13'772.-- . Dies geht auch mit dem von der Beschwerdeführerin im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren am 10. Dezember 2010 angegebenen monatlichen Einkommen von Fr. 1'000.-- konform ( Urk. 8/10/158- 175 S.

2

f. ).

Angesichts der infolge Konkurses der das Restaurant Z.\_\_\_\_ betreibenden Gesellschaft vorgenommenen Auflösung des Arbeitsverhältnisses ( Urk. 8/66/2-35 S. 8) sind zur Ermittlung des Valideneinkommens

die Tabellenlöhne gemäss LSE 2010 heranzuziehen , hätte sie doch die letzte Stelle auch bei intakter Gesundheit nicht mehr inne . Die Beschwerdeführerin absolvierte in ihrem Heimatland eine Mittelschule mit Ausbildung zur diplomierten chemischen Technikerin. Anschliessend arbeitete sie während zehn Jahren als Produktionscontroller in einer Schuhfabrik. Nach der Geburt des zweiten Sohnes 1990 war sie vorwiegend als Hausfrau tätig. 1993 emigrierte sie in die Schweiz und nahm 1998 eine Erwerbstätigkeit als Hilfsköchin im Restaurant Z.\_\_\_\_ auf, die sie bis zu ihrem Unfall im Jahr 2012 ausübte ( Urk. 8/66/2-35 S. 7 f.). Vor diesem Hintergrund ist es am sachgerechtesten, zur Ermittlung des Valideneinkommens auf die in Ziff. 56 der Tabelle TA1 erfasste Branche „Gastgewerbe“ abzustellen. Mangels qualifizierter Fachkenntnisse ist vom Anforderungsniveau 4 auszugehen (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 8C\_907 / 2011 vom 30. Juli 2012) , was einem Wert von Fr. 3'825.-- entspricht . Aufgerechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 42.4 Stunden pro Woche im Jahr 2013 (Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S. 88 Tabelle B9.2) und angepasst an die Entwicklung der Nominallöhne für Frauen von 2579 Punkten im Jahr 2010 auf 2648 Punkte im Jahr 2013 (Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S. 89 Tabelle B10. 3 ) ergibt dies im für den Einkommensvergleich massgebenden Jahr 2013 ein mögliches Einkommen von Fr. 49'956.--, was mit dem im Restaurant Z.\_\_\_\_ erzielten Verdienst vergleichbar ist (13 x Fr. 3'850.-- = Fr. 50'050.-- [ Urk. 8/10/158-175 S. 2]).

Das Valideneinkommen beträgt damit insgesamt Fr. 63'728.-- , will man davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin auch weiterhin in einem Pensum über 100 % erwerbstätig wäre.

### **E. 6.3**

.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb , vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

#### **E. 6.4**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist vorliegend ein statistischer Tabellenlohn heranzuziehen. Im für die Beschwerdeführer in noch in Frage kommenden Segment einfacher und repetitiver Tätigkeiten weist die Tabelle TA1 der LSE 2010 ein Einkommen von

Fr. 4'225.-- bei einer 40-Stunden woche aus, was hochgerechnet auf die im Jahr 2013 betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 3-4/2015 S. 88 Tabelle B9.2) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (von Index 2579 [2010] auf Index 2648 [2013], Die Volkswirtschaft 3-4/2015 S. 89 Tabelle B10.3) ein mögliches Einkommen von Fr. 54'269.-- ergibt.

#### **E. 6.5**

Die Beschwerdeführerin beantragte die Gewährung des maximalen Abzuges vom Tabellenlohn von 25 % ( Urk. 1 S. 6). Die Beschwerdeführerin führte gar keinen Einkommensvergleich durch ( Urk. 2), äusserte sich demnach nicht hierzu und liess sich diesbezüglich auch im Beschwerdeverfahren nicht vernehmen. Damit ist der Abzug frei zu prüfen (vgl. hierzu: BGE 137 V 71 E. 5.1 ).

Der Beschwerdeführerin sind körperlich leichte bis intermittierend mittel schwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Absturzgefährdung und ohne erhöhten Umgebungslärmpegel zumutbar (E. 3.10 in fine ).

Vorwegzuschicken ist, dass die

gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiter hin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, nicht automatisch zu einer

Ver minderung des hypothetischen Invalidenlohnes

führt, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4). Dies trifft umso mehr bei den Frauenlöhnen zu, welche naturgemäss auf körperlich weniger strengen Tätigkeiten beruhen. Sodann ist der Umstand, dass die versicherte Person gemäss den medizinischen Angaben auf eine Tätigkeit angewiesen ist, die im Sitzen verrichtet werden kann und die Möglichkeit zu gelegentlichen Positionswechseln bietet, ihre Einsatzmöglichkeiten daher begrenzt sind, im Hinblick auf den allein massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( Art. 16 ATSG; BGE 134 V 64 E.

4.2.1) nicht abzugsrelevant (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8).

Weitere Gründe für einen Abzug wurden nicht vorgebracht und solche sind auch nicht ersichtlich. Damit ist bei den vorliegenden Gegebenheiten kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt.

#### **E. 6.6**

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 63'728.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 54'269.-- ergibt eine Lohneinbusse von Fr. 9'459.-- und damit einen Invaliditätsgrad von 15 % . Bei diesem Ergebnis hat die Beschwerdeführerin kein Anrecht auf eine Rente der Invalidenversicherung, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

#### **E. 6.7**

Anzufügen bleibt, dass selbst bei Annahme der - nicht nachvollziehbaren - Leistungseinschränkung von 15 % (E. 3.10 in fine ) kein Invaliditätsgrad von 40 % resultiert. Diesfalls verminderte sich das Invalideneinkommen auf Fr. 46'129.--. Ein Abzug vom Tabellenlohn ist auch bei dieser Variante nicht angezeigt, da der Umstand, dass die versicherte Person zwar ganztags arbeitsfähig, hierbei aber nur reduziert leistungsfähig ist, im Gegensatz zu gesundheitlich bedingter Teilzeitarbeit grundsätzlich keinen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.2 mit Hinweisen).

Bei einem Validenlohn von Fr. 63'728.-- und einem Invalidenlohn von Fr. 46'129.-- resultiert eine Einbusse von Fr. 17'599.-- und damit ein Invaliditätsgrad von 28 % , welcher nicht rentenbegründend ist. 7.

Nicht zu bemängeln ist, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneinte. Davon scheint auch die Versicherte auszugehen, findet sich doch in ihrer Beschwerdeschrift (vgl. Urk. 1 S. 2) kein entsprechender Antrag .

#### **E. 8**

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

#### **E. 9**

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 900.-- 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. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

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