

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01083 vom 23. Januar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01083](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01083)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01083 du 23 janvier 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01083 del 23 gennaio 2017

## **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 aus schliesslich 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 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.3**

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren

Invaliditätsbemessungsmethode.

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne

Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre ( Art. 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV ). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades (BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen).

Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ( BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

Die gemischte Methode findet auch Anwendung, wenn der (in einem Aufgabenbereich tätigen) versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (vgl. BGE 133 V 504 E.

### **E. 1.6**

- Ziff.

### **E. 1.7**

).

### **E. 3**

0. April 2013 wurden die beruflichen Massnahmen gesundheitsbedingt abgebrochen (vgl. Urk. 7/81), worauf hin mit Mitteilung vom 1. Juli 2013 ( Urk. 7/84) auch die Berufsberatung abgeschlossen wurde. Die IV-Stelle nahm daraufhin weitere Abklärungen der medizinischen und erwerblichen Situation ( Urk. 7/83, Urk. 7/87, Urk. 7/90-91, Urk. 7/97-98, Urk. 7/103-104, Urk. 7/112, Urk. 7/121-122 ) vor und veranlasste ein

polydisziplinäres

Gutachten, welches am 25. Juni 2014 erstattet wurde ( Urk.

### **E. 3.1**

4

Mit Austrittsbericht vom 26. Juni 2014 ( Urk. 7/112/3-4) informierte med. pract. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Z.\_\_\_\_, über die stationäre Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 23. bis 29. Juni 2014 infolge der durchgeführten ventralen Diskektomie und Foraminotomie C5/6 links und C7/Th1 links, der Unkoforaminotomie C6/7 links, der ventralen Cage- und Plattenspondylodese C5-Th1 sowie der Osteosynthesematerialentfernung C6/7,

des bei bestehendem radikulären Reiz- und sensomotorischem Ausfallsyndrom C7 und C8 links. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen (S. 1).

### **E. 3.2**

Dem Bericht des Y.\_\_\_\_ vom 8. April 2006 ( Urk. 7/10/107-108) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin eine Woche

zuvor einen Motorradunfall in Thailand erlitten habe , wobei sie bewusstlos gewesen sei und die darauffolgende Nacht erbrochen habe. Zudem habe sie sich eine okzipitale Rissquetschwunde (RQW) sowie Schürfwunden an der linken Schulter und an beiden Knien zugezogen . Als Diagnosen seien ein Status nach einer

Commotio cerebri sowie ein Verdacht auf einen fehlenden Druck ausgleich im rechten Ohr nach erfolgtem Flug festzuhalten ( S. 1).

Die am

13. April 2006 erfolgte kraniozerebrale Computertomographie habe eine querverlaufende Fraktur des Os occipitale ohne Dislokation der Fragmente gezeigt (vgl. Bericht vom 13. April 2006, Urk. 7/10/105).

### **E. 3.3**

Am 5. November 2007 wurde ein Arthro-MRI des rechten Schultergelenkes durchgeführt, welches eine ausgedehnte Labrumläsion ventrokaudal , eine partielle Ruptur und einen Längsriss der proximalen langen Bizepssehne

so wie eine leichte Bursitis subacromialis-subdeltoidea bei intakter Rotatorenmanchette gezeigt habe (vgl. Bericht vom 5. November 2007, Urk. 7/8/9).

Daher erfolgte am 16. Mai 2008 in der Z.\_\_\_\_ eine arthroskopische ventrokaudale Schulterstabilisierung rechts mit Bankart

repair und dosierter Kapselraffung bei posttraumatischer ventrokaudaler Instabilität der rechten Schulter bei Status nach im März 2006 erfolgtem Motorradunfall. Der intra- und postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen (vgl. Austrittsbericht vom 19. Mai 2008, Urk. 7/51/11-12).

### **E. 3.4**

Mit Schreiben vom 26. November 2008 ( Urk. 7/26/3-4) berichtete

Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Z.\_\_\_\_ , dass die Behandlung sechs Monate nach der arthroskopischen

ventrokaudalen

Schulterstabilisierung rechts abgeschlossen werden könne. Die Schulterstabilität stelle sich aktuell sehr gut dar. Die in den besonderen Abduktionsstellungen immer wieder auftretenden Muskelschmerzen rechts seien möglicherweise durch eine muskuläre Verspannung bedingt (S. 1).

### **E. 3.5**

Auch Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, wies mit Schreiben vom 10. Dezember 2008 ( Urk. 7/26/6) hinsichtlich der operierten rechten Schulter auf das sehr gute Ergebnis hin, wobei die Beschwerdeführerin diesbezüglich sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei . Allerdings liege immer noch ein posttraumatisches zervikospindylogenes Syndrom mit radikulären Reizungen rechts bei bekannter medianer Diskushernie C6/7 sowie ein rezidivierendes lumbospindylogenes Syndrom mit fraglichen radikulären

Reizungen bei Osteochondrosen L4-S1 vor. Die Beschwerdeführerin könne aufgrund der HWS-Beschwerden nicht mehr als zu 50 % als Dentalhygienikerin arbeiten. In einer angepassten Tätigkeit ohne extreme Position der HWS sei sie sicherlich zu mehr als 70 % arbeitsfähig.

### **E. 3.6**

Mit Bericht vom 20. Februar 2009 (Urk. 7/31) informierte Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, über das erfolgte Assessment hinsichtlich einer beruflichen Wiedereingliederung. Als Diagnosen führte sie dabei Folgendes auf (S. 8 Ziff. 6): - chronifiziertes Schmerzsyndrom mit/bei: - Status nach Motorradunfall am 29. März 2006 - nicht dislozierte Fraktur des Os occipitale - medianer Diskushernie C5/6 sowie Bandscheibenprotrusion C6/7 - Status nach ventrokaudaler Stabilisierung und Kapselraffung bei traumatischer Limbusläsion der rechten Schulter am 16. Mai 2008 - leichte bis zeitweise mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) bei noch nicht erfolgter Unfallverarbeitung

Aus arbeitsmedizinischer Sicht sei nach erfolgtem Therapie- und Trainingsprogramm eine volle Leistung in einer behinderungsangepassten, wechselbelastenden, körperlich leichten bis zeitweise mittelschweren Tätigkeit ohne Zwangshaltungen im Nacken- und Schulterbereich mit der Möglichkeit zum Abstützen der Arme sowie ohne langdauernde Arbeiten in vorgeneigter Stellung oder Kopfprotraktion

anzustreben. Derzeit seien keine medizinischen Gründe bekannt, welche eine volle Leistung in einer behinderungsangepassten Tätigkeit einschränken würden (S. 10 Ziff. 7.2).

### **E. 3.7**

Eine am 9. Juli 2009 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) der Lendenwirbelsäule (LWS) habe fortgeschrittene Osteochondrosen und Bandscheibendegenerationen L4-S1 gezeigt, wogegen kein Nachweis einer Neurokompression ersichtlich gewesen sei. Ein gleichentags erfolgtes MRI der HWS habe eine Osteochondrose, Spondylose und leichtgradige Spinalkanal- sowie Foraminalstenosen C5/6 gezeigt. Dagegen habe weder eine Myelompression

noch ein fokales Bandscheibenprolaps nachgewiesen werden können (vgl. Berichte vom 10. Juli 2009, Urk. 7/51/13-14).

### **E. 3.8**

Da die Beschwerdeführerin nach einem am 24. Oktober

2010 erfolgten Treppensturz kein Gefühl und keine Kraft mehr in ihrem linken dominanten Arm gehabt habe (vgl. Schreiben vom 20. Dezember 2010, Urk. 7/51/7-8),

wurde am 29. Dezember 2010 erneut ein MRI der HWS durchgeführt. Dieses habe eine breitbasige

Diskusprotrusion

intraforaminal C6/7 links mit Tangierung der Radix C7 links sowie eine zirkuläre Diskusprotrusion mit Einengung des Neuroforamens C7/Th1 beidseits gezeigt. Die Radix C8 links werde durch Diskusmaterial kontaktiert mit einer konsekutiven Schwellung (vgl. Bericht vom 29. Dezember 2010, Urk. 7/51/9-10).

### **E. 3.9**

Mit Schreiben vom 3. Februar 2011 ( Urk. 7/51/5-6) diagnostizierte Dr. med. D.\_\_\_\_ ,  
Facharzt für Neurologie, ein zweietagiges

radikuläres

Reiz syndrom C7 und C8 links bei im Vergleich zur Voruntersuchung unter aktueller  
Behandlung subjek tiver und objektiver Besserung (S. 1). Aktuell bestehe bis auf weiteres  
keine Arbeitsfähigkeit als Dentalhygienikerin (S. 2).

### **E. 3.10**

Dem durch Dr. B.\_\_\_\_ am 1 5. April 2011 erstellten Bericht ( Urk. 7/51/1-3) sin d die  
folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu ent nehmen (S. 1 Ziff.  
1.1): - c hronisch es rezidivierendes zervikoradikuläres Reizsyndrom C7 bei breitbasi g er  
Diskushernie links - r ezidivierendes zervikoradikuläres Syndrom C5/6 links bei Osteo  
chondrosen und foramina len Stenosen - c hronisches lumbospondylogenes Syndrom bei  
Osteochondrosen L4-S1 - r ezidivierende PHS rechts bei Status nach Schulterstabilisation  
rechts am 1 6. Mai 2008 - Status nach Motorradunfall mit nicht dislozierter okzipitaler  
Schädel fraktur und HWS-Distorsion am 2 9. März 2006

Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Dentalhygienikerin seit längerer  
Zeit zu 50 % arbeitsfähig. Ein höheres Pensum sei nicht mög lich. Er schlage deshalb vor ,  
die Beschwerdeführerin zu 50 % zu berenten und sie als zu 50 %

arbeitsfähig in der bisherigen Tätigkeit als Dentalhy gienikerin einzustufen.

Die Prognose sei bei einem reduzierten Arbeits pen sum relativ günstig (S. 2 Ziff. 1.4, Ziff.

### **E. 3.11**

Mit Bericht vom 2 7. Februar 2013 ( Urk. 7/87/24-26) stellten die Ärzte der Z.\_\_\_\_ folgende  
Diagnose (S. 1): - r adikuläres Reiz- und sensomotorisches Ausfallssyndrom mit Punk tu m  
maximum C7 links mit/bei: - k linisch: Sensibilitätsminderung an der gesamten linken  
oberen Ext remität mit Punktum maximu m

Dig . IV und V der linken Hand; a llseits schmerzhaftes Giving

way im Bereich der gesamten linken oberen Extremität mit deutlichen distal betonten  
Parese n der Fin gerspreizer , -strecker und – beuger ; a bgeschwächter Trizepsseh nen  
reflex ( TSR ) links; Atrophie, insbesondere des Hypothenars links - MRI der HWS vom 1.  
Februar 2013: m ultietagere degenerative Ver änderung mit Diskusp rotrusion C5/6, C6/7  
und C7/Th1; Einen gung der Nervenwurzel n C6 beidseits, C7 ausgeprägt li nks sowie C8  
links nur diskret - Elektrophysiologie: Normalbefund des Nervus

medianus rechts, Ner vus

ulnaris links mit Amplitudenminderung ( atropher

Zielmus kel ) ; Zeichen der akuten Denervation vor allem im Bereich der Kennmuskulatur  
C7, nur vereinzelt auch im Bereich C8

Daher sei der Entscheid für eine Dekompression der Nervenwurzel C7 links gef äll t  
worden (S. 2 unten).

### **E. 3.12**

Diese erfolgte a m 1 4. März 2013 in der Z.\_\_\_\_ . Dabei sei eine ven t rale Diskektomie, eine  
foraminale Dekompression links, eine Implan ta tion eines Cages und eine ventra le

## Plattenspondylodese

auf Höhe C6/7 durch geführt worden . Der postoperative Verlauf sei komplikationslos verlaufen mit Regredienz der elektrischen ausstrahlenden Sensationen und der sensomotorischen Defizite (vgl. Operations- und Austrittsbericht jeweils vom 15. März 2013, Urk. 7/87/17-20).

Auch drei Monate postoperativ sei ein guter Verlauf zu verzeichnen . In den nächsten Monaten sei mit einer Verbesserung der Funktion zu rechnen. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % werde noch für weitere vier Wochen bestätigt ( vgl. Bericht vom 21. Juni 2013, Urk. 7/83 ).

### **E. 3.13**

Am 25. Juni 2014 erstatteten die Ärzte der G.\_\_\_\_ ihr polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie zuhanden der Beschwerdegegnerin ( Urk. 7/106/1-80). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie – hier gekürzt aufgeführt - Folgendes (S. 36 lit . A): - zervikale Radikulopathie mit im Vordergrund stehender Schädigung der Wurzeln C 7 und C8, möglicherweise auch Th 1 links mit/bei: - degenerativen Veränderungen vordergründig C 5/6 (MRI vom 3. Februar 2014) - muskulärer Dysbalance - chronischen Denervationszeichen in der C7-Muskulatur links sowie weniger in der C8-Muskulatur - Status nach ventraler Diskotomie, foraminaler Dekompression links, Implantation eines Cages und ventraler Plattenspondylodese C 6/7 am 14. März 2013

Sodann führten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 36 f. lit . B): - Status nach Motorradunfall am 29. März 2006 mit HWS-Distorsion und nicht dislozierter Fraktur des Os occipitale - Status nach arthroskopischer

ventro kaudaler Schulterstabilisierung rechts mit Bankart

repair und dosierter Kapselraffung vom 16. April 2008 bei posttraumatischer ventrokaudaler Instabilität und Verdacht auf kraniale Limbusläsion und instabile Bizepslongusschneise - Status nach Commotio cerebri - lumbospondylogene Schmerzen - Verdacht auf einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPPV) den rechten posterioren Bogengang betreffend - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)

In der internistischen Untersuchung habe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können . Als ohne Auswirkungen sei ein Status nach Tonsillektomie in der Kindheit zu erwähnen (S. 50). Aus rheumatologischer Sicht stehe ein zervikoradikuläres Reizsyndrom der Wurzeln C7 und C8 links im Vordergrund. Dabei sei hervorzuheben, dass die Beschwerdeführerin Linkshänderin sei. Die Beschwerden bestünden nebenbei grösstenteils in einer muskulären Überlastung. Klinisch zeige sich eine provozierbare Reizung der Nervenwurzeln C 7 und C

### **E. 3.15**

). So empfahlen nämlich bereits die Gutachter der G.\_\_\_\_ eine Entlastung der Wurzel C8 durch Infiltration oder Operation, wobei dadurch lediglich eine weitere Schädigung verhindert, aber keine grundlegende Verbesserung erzielt werden könne (vgl. Urk.

7/106/1-80 S. 41, S. 66 ). Der postoperative Verlauf war komplikationslos (vgl. Urk. 7/112/3-4 S. 1), sodass sich keine abweichende Beurteilung zur gutachterlichen Einschätzung aufdrängt.

Nach Lage der Akten wurde sodann – wie die Beschwerdeführerin dies anlässlich der Beschwerde geltend machte (vgl. Urk. 1 S. 11 Ziff. 46) – im Januar 2015 und damit vor Verfügungserlass

auch deren rechte Hand operiert. Dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht der Z.\_\_\_\_ vom 1. Februar 2016 (Urk. 12/1) lässt sich als Nebendiagnose unter anderem ein Status nach Ganglion Exzision des rechten Handgelenks im Januar 2015 sowie ein Rezidiv im Juni 2015 entnehmen. Als Befund wurde ein zirka 1x1

cm grosses, leicht druckhaftes radial- palmares Ganglion aufgeführt, wobei dieses der Beschwerdeführerin hier und da Schmerzen bereite (vgl. Urk. 12/1 S. 1 ff.). Da dieses Ganglion allerdings lediglich als Nebendiagnose aufgeführt wurde und bei der Beurteilung nicht einmal mehr erwähnt wird (vgl. Urk. 12/1 S. 3), ist es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass dieses einen zusätzlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt, zumal es sich dabei nicht um die Führungshand der Beschwerdeführerin handelt.

Der somatische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wurde durch das Gutachten der G.\_\_\_\_ genügend gewürdigt. Auch aufgrund der danach erfolgten Operationen drängt sich keine abweichende Beurteilung auf. Es besteht demzufolge keine Veranlassung einer erneuten Begutachtung, weshalb darauf im Sinne antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d) zu verzichten ist. 4. 6

Ebenfalls nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin aus dem geltend gemachten Umstand, dass sie an massiven psychischen Beschwerden leide, welche hauptsächlich erst nach der Begutachtung aufgetreten und daher gänzlich unbeachtet geblieben seien (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. 23, S. 9 Ziff. 34-35). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung im Jahr 2014 zeigte sich ein vollkommen unauffälliger Psychostatus und die Beschwerdeführerin befand sich auch nicht in psychiatrischer Behandlung (vgl. Urk. 7/106/1-80 S. 70, S. 75). Den im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vorliegenden Akten lässt sich nichts Gegenteiliges entnehmen. Die erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Arztzeugnisse (Urk. 12/2-3)

attestieren lediglich eine Arbeitsunfähigkeit vom 18. Dezember

2015 bis 29. Februar 2016 und somit für die Zeit nach Verfügungserlass (vgl. hierzu BGE 121 V 362 E. 1b). Es wäre der Beschwerdeführerin freigestanden – wie sie dies in der Beschwerdeschrift überdies auch angekündigt hat (vgl. Urk. 1 S.

7 Ziff. 25) – einen entsprechenden ausführlichen Bericht des neu behandelnden Psychiaters einzureichen, welcher nebst Befunden und den gestützt darauf gestellten Diagnosen auch eine Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit enthält. Aus Sicht des Gerichts besteht hierfür mangels konkreter Hinweise für eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes vor dem Zeitpunkt des Verfügungserlasses und somit für den massgebenden Beurteilungszeitraum

ebenso keine Veranlassung wie für die beantragte Ergänzung des psychiatrischen Teilgutachtens der G.\_\_\_\_. 4. 7

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der somatischen Beschwerden in der bisherigen Tätigkeit als Dentalhygienikerin von 2008 bis Mitte 2012 zu 50 % arbeitsunfähig und seither aufgrund der im Vordergrund stehenden neurologischen Erkrankung zu 70 % arbeitsunfähig ist. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit ohne

Verichtung von Aufgaben mit der linken Führungshand und ohne hohe Anforderungen an die grobe Kraft und Feinmotorik ist sie dagegen seit dem Jahr 2008 ununterbrochen zu 70 % arbeitsfähig, dies bei einem vollschichtigen Pensum mit verminderter Belastbarkeit. 5. 5.1

Hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation der Beschwerdeführerin (vorstehend E.

1.3) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf den Haushaltsabklärungsbericht vom 19. Februar 2015 (Urk. 7/123), worin die Beschwerdeführerin für die Zeit von 2006 bis zur Geburt des Sohnes im November 2011 als zu 100 % Erwerbstätige und für die Zeit ab Dezember 2011 als zu 85 % Erwerbstätige und zu 15 % im Haushalt Tätige qualifiziert wurde (vgl. Urk. 7/123 S. 6 Ziff. 2.6).

Diese Schlussfolgerung der Abklärungsperson lässt sich gestützt auf die Erwerbsbiographie und die anlässlich der Abklärung getätigten Ausführungen der Beschwerdeführerin allerdings nicht nachvollziehen. 5.2

Aus den Akten geht klar hervor, dass die Beschwerdeführerin bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich in einem Teilzeitpensum erwerbstätig war (vgl. Urk. 7/13, Urk. 7/16, Urk. 7/18). Dies erklärte sie auch anlässlich der zu Hause erfolgten Abklärung. Dabei gab sie an, dass sie vor dem Unfall und der Geburt ihres Sohnes in einem Pensum von 90 % gearbeitet habe, wobei dies nichts mit der Erkrankung der Mutter zu tun gehabt habe. Sie habe so gearbeitet, weil es bei den betreffenden Zahnärzten keine andere Möglichkeit gegeben habe und sie den freien Nachmittag für Weiterbildungen und den Haushalt nutzen wollen. Dabei erklärte sie zwar, dass sie bei Vorhandensein eines entsprechenden Angebots zu 100 % gearbeitet hätte. Die Anstellungen seien jedoch gut gewesen und sie habe keinen Wechsel gewollt. Bei H. \_\_\_ habe sie hingegen zu 100 % gearbeitet und auch die beruflichen Massnahmen seien eine Vollzeitbeschäftigung gewesen. Der Sohn sei damals bereits auf der Welt gewesen und von einer Tagesmutter betreut worden. Bei guter Gesundheit würde sie heute nach wie vor zu 80 bis 90 % als Dentalhygienikerin arbeiten (vgl. Urk. 7/123 S. 6 Ziff. 2.5). 5.3

Gestützt auf diese Schilderungen kann nicht nachvollzogen werden, weshalb für die Zeit vor Eintritt des Gesundheitsschadens eine hypothetisch vollschichtige Erwerbstätigkeit als überwiegend wahrscheinlich angenommen wurde. Der Beschwerdeführerin wäre es freigestanden, sich in einer anderen Zahnarztpraxis eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zu suchen oder das Pensum aufzustocken. Demnach hat sie sich aus freien Stücken mit ihrem Pensum von 90 % begnügt. Ein Aufgabenbereich kann ihr dabei ebenfalls nicht zugeordnet werden, gab sie doch insbesondere an, dass diese Teilzeit-tätigkeit nicht aufgrund der Erkrankung der Mutter und einer damit allenfalls zusammenhängenden Pflegebedürftigkeit erfolgt sei. Dafür, dass die Beschwerdeführerin freiwillig teilerwerbstätig war und auf ein höheres Erwerbseinkommen verzichtete, hat nicht die Invalidenversicherung einzustehen (BGE 142 V 290 E. 3.2, 131 V 51 E. 5.1.2). Bis zur Geburt des Sohnes im November 2011

hat die Beschwerdeführerin demzufolge mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Teilerwerbstätige in einem Pensum von 90 % ohne Aufgabenbereich zu gelten. Auch nach der Geburt ihres Sohnes erscheint es, insbesondere auch in Anbetracht der geregelten Betreuung des Kindes, überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin weiterhin dasselbe Arbeitspensum ausgeübt hätte. Dies gab sie anlässlich der Haushaltsabklärung auch selbst an. Die zu vor freie Zeit im Umfang von 10 % ist somit nach der Geburt des Sohnes nun nachvollziehbar einem Aufgabenbereich zuzuordnen. 5.4

In Bezug auf die Einschränkung im Haushaltsbereich hielt die Abklärungsperson fest, dass die Beschwerdeführerin vor der im März 2013 erfolgten Operation vollzeitlich an beruflichen Massnahmen teilgenommen und nebenbei am Abend als Dentalhygienikerin gearbeitet habe. Bis zu diesem Zeitpunkt sei auch der Haushalt nicht eingeschränkt gewesen, so dass die Einschränkungen erst ab März 2013 angerechnet werden könnten (vgl. Urk. 7/123 S. 9 Ziff. 6). Die ab diesem Zeitpunkt von der Abklärungsperson ermittelten Einschränkungen bei der Ernährung, bei der Wohnungspflege, bei der Wäsche und Kleiderpflege sowie bei der Betreuung von Kindern oder an deren Familienangehörigen im Umfang von insgesamt 17.12 % (vgl. Urk. 7/123 S. 9 ff. Ziff. 6), erscheinen in Anbetracht der gutachterlich festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen und der geltenden Schadenminderungspflicht von im Haushalt tätigen Versicherten (BGE 133 V 504 E. 4.2) als plausibel und nachvollziehbar. Die Erhebung erfolgte detailliert und in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der somatischen Beeinträchtigungen. Der Abklärungsbericht ist somit hinsichtlich der ermittelten Einschränkung – dies im Gegensatz zum ermittelten mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit im Gesundheitsfall - vollbeweiskräftig, weshalb darauf abzustellen ist (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; Urteil des Bundesgerichts 8C\_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1). 5.5

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdeführerin somit mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als zu 90 % Erwerbstätige zu qualifizieren, wobei die übrigen 10 % bis zur Geburt des Sohnes im November 2011 keinem Aufgabenbereich zugeordnet werden können. Ab November 2011 ist die Beschwerdeführerin in dessen als zu 90 % Erwerbstätige und zu 10 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren. Bis Ende Februar 2013 war die Beschwerdeführerin im Haushaltsbereich nicht eingeschränkt. Ab März 2013 beträgt die Einschränkung im Haushaltsbereich 17.12 % .

Das Urteil der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) in Sache n Di Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 (Nr. 7186/09) steht der vorliegenden Anwendung der gemischten Methode ab November 2011 nicht entgegen (vgl. Revisionsurteil des Bundesgerichts 9F\_8/2016 vom 20. Dezember 2016 E. 4.1-4.4 und IV-Rundschreiben Nr. 355 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 31. Oktober 2016). 6. 6.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen .

Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns abzustellen und allfällige renten wirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungs erlass sind zu berücksichtigen (BGE 129 V 222). Angesichts der am 17. Januar 2008 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen

Anmeldung (vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 7 S. 1) würde ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab dem 1. Juli 2008 bestehen ( Art. 29 Abs. 1 IVG).

Für die Zeit von Juli 2008 bis Ende Oktober 2011 gilt die Beschwerdeführerin als hypothetisch im Gesundheitsfall lediglich teilerwerbstätige versicherte Person ohne Aufgabenbereich. In einem solchen Fall bemisst sich die Invalidität respektive die Erwerbseinbusse in der Regel nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (BGE 131 V 51 E. 5.1-5.2). Ab November 2011 erfolgt die Bemessung des Invaliditätsgrades nach der gemischten Methode gemäss Art. 28a

Abs. 3 IVG, nachdem mit der Geburt des Sohnes ein nicht erwerblicher Aufgabenbereich hinzugekommen ist. 6.2

Die Beschwerdegegnerin zog für die Bestimmung des Valideneinkommens die Angaben der LSE 2012, TA17, Ziff. 32 „Assistenzberufe im Gesundheitswesen“, Kompetenzniveau 3 heran, da die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 2006 unregelmässige Einkommen an unterschiedlichen Arbeitsstellen parallel erzielt habe und seither bereits sehr viel Zeit verstrichen sei. Das Kompetenzniveau 2 sei nicht gerechtfertigt, da die berufliche Qualifikation das Ausüben eines akademischen Berufs nicht ermögliche. Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2015 ergebe sich ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 83'119.-- (vgl. Urk. 2 S. 2 f.; Urk. 7/128 S. 1). Die Beschwerdeführerin beantragte dem gegenüber das Abstellen auf den tatsächlich erzielten Verdienst in der Höhe von Fr. 116'098.55. Falls dennoch die statistischen Werte herangezogen würden, sei auf das Kompetenzniveau 2 abzustellen (vgl. Urk. 1 S. 7 ff. Ziff. 26-33).

Der Beschwerdeführerin ist insoweit zuzustimmen, als das Valideneinkommen so konkret wie möglich zu ermitteln und daher in der Regel auf den tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist, wogegen die lohnstatistischen Daten nur subsidiär heranzuziehen sind ( BGE 134 V 322 E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts 9C\_846/2015 vom 2. März 2016 E. 2.2 Urteil des Bundesgerichts 9C\_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 ). Auch ist auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns und nicht – wie dies die Beschwerdegegnerin getan hat - auf das Jahr 2015 abzustellen, weshalb der tatsächliche Verdienst auch nicht bereits längere Zeit zurück liegt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S.

7

f. Ziff. 30-31) geht es allerdings nicht an, das jeweilige im Teilzeitpensum im Stundenlohn erzielte Einkommen auf ein vollzeitliches Pensum hochzurechnen, verdienen doch Teilzeit arbeitende Frauen in der Regel verhältnismässig mehr als vollzeitlich Tätige. Vielmehr ist für die Bestimmung des tatsächlich erzielten Verdienstes der Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug) heranzuziehen.

Diesem lässt sich für die letzten fünf Jahre vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 2006 Folgendes entnehmen (vgl. Urk. 7/7) : Im Jahr 2001 erzielte die Beschwerdeführerin ein Einkommen von Fr. 69'928.--, was unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bei den Frauen von 2001 (Index: 2'245) bis 2008 (Index: 2'499) ein Einkommen von rund Fr. 77'840.-- für das massgebende Jahr 2008 ergibt ( Fr. 69'928.-- : 2'245 x 2'499). Im Jahr 2002 erzielte die Beschwerdeführerin sodann ein Einkommen von

Fr. 60'683.--, was wiederum unter Berücksichtigung der massgebenden Nominallohnentwicklung bei den Frauen von 2002 (Index: 2'296) bis 2008 (Index: 2'499) ein Einkommen von rund Fr. 66'048.-- für das Jahr 2008 ergibt ( $\text{Fr. } 60'683. \text{ --} : 2'296 \times 2'499$ ). Im Jahr 2003 betrug das Einkommen Fr. 54'703.--, womit angepasst an die Nominallohnentwicklung von 2003 (Index: 2'334) bis 2008 (Index: 2'499) ein massgebendes Einkommen im Jahr 2008 von rund Fr. 58'570.-- resultiert ( $\text{Fr. } 54'703. \text{ --} : 2'334 \times 2'499$ ). Für das Jahr 2004 lässt sich ein Einkommen von Fr. 100'174.-- respektive angepasst an die Nominallohnentwicklung von 2004 (Index: 2'360) bis 2008 (Index: 2'499) von rund Fr. 106'074.-- für das massgebende Jahr 2008 erkennen ( $\text{Fr. } 100'174. \text{ --} : 2'360 \times 2'499$ ). Schliesslich betrug das Einkommen im Jahr 2005 Fr. 80'540.-- und angepasst an die entsprechende Nominallohnentwicklung von 2005 (Index: 2'386) bis 2008 (Index: 2'499) rund Fr. 84'354.-- im Jahr 2008 ( $\text{Fr. } 80'540. \text{ --} : 2'386 \times 2'499$ ). Das Durchschnittseinkommen der letzten fünf Jahre – angepasst an die Nominallohnentwicklung – und folglich das hypothetische Valideneinkommen für das Jahr 2008 beträgt demzufolge rund Fr. 78'577.-- ( $\text{Fr. } 392'886. \text{ --} : 5$ ). Im Jahr 2011 (Statusänderung) ergibt sich angepasst an die Nominallohnentwicklung von 2008 (Index: 2'499) bis 2011 (Index: 2'604) folglich ein hypothetisches Valideneinkommen von rund Fr. 81'879.-- ( $\text{Fr. } 78'577. \text{ --} : 2'499 \times 2'604$ ). 6.3

Aus den Akten geht sodann hervor, dass die Beschwerdeführerin auch nach Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 2006 zwischenzeitlich bei verschiedenen Arbeitgebern angestellt war und sich ebenfalls in der Selbständigkeit versuchte. Seit Juni 2014 geht sie allerdings keiner Erwerbstätigkeit mehr nach (vgl. Urk. 7/17; Urk. 7/123 S. 3 ff. Ziff. 2.2-2.3, S. 6 f. Ziff. 3). Für die Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens ist das Abstellen auf die statistischen Werte deshalb gerechtfertigt (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1 und E. 4.3.2, 124 V 321 E. 3b/aa).

Nach der medizinischen Beurteilung war die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Dentalhygienikerin von 2008 bis Mitte 2012 zu 50 % arbeitsfähig. Seither liegt eine 30%ige Arbeitsfähigkeit vor. Zudem ist ihr eine behinderungsangepasste Tätigkeit ohne Verrichtung von Aufgaben mit der linken Führungshand und ohne hohe Anforderungen an die grobe Kraft und Feinmotorik seit dem Jahr 2008 ununterbrochen zu 70 % zumutbar (vorstehend E).

4.7). Durch ihre fundierte Ausbildung als Dentalhygienikerin verfügt sie über medizinisches Fachwissen, welches sie weiterhin in einer Tätigkeit im Gesundheitswesen einzusetzen vermag. Es rechtfertigt sich daher für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf den Zentralwert für Frauen in medizinischen, pflegerischen und sozialen Tätigkeiten im Anforderungsniveau 3 in der Höhe von Fr. 5'788.-- (LSE 2008, T7S, Ziff. 33) abzustellen

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_667/2013 vom 29. April 2014 E. 5.3 und 9C\_237/2007 vom 24. August 2007 E. 5.1).

Angepasst an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2008 von 41.6 Stunden resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 50'564.-- für das Jahr 2008 bei der verbliebenen zumutbaren 70%igen Arbeitsfähigkeit ( $\text{Fr. } 5'788. \text{ --} : 40 \times 41.6 \times 12 \times 0.7$ ).

Das hypothetische Invalideneinkommen für das Jahr 2011 (Statusänderung) beträgt demgegenüber angepasst an die Nominallohnentwicklung von 2008 (Index: 2'499) bis

2011 (Index: 2'604) rund Fr. 52'689.-- ( Fr. 50'564. -- : 2'499 x 2' 604). 6.4

Die Beschwerdegegnerin gewährte vorliegend keinen Abzug vom Tabellen lohn (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) , da die Einschränkungen bereits bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden s eien (vgl. Urk. 2 S.

3; Urk. 7/128 S.

2 ). Demgegenüber erachtete d ie Beschwerdeführe r in

infolge des Umstandes, dass sie aufgrund des Invaliditätsgrades nicht das durchschnittliche Lohnniveau erreichen könne, einen Abzug von 20 bis 25 % als angemessen (vgl. Urk. 1 S. 14 Ziff. 60). Angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin in der Lage ist, die gutachterlich bescheinigte 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit vollschichtig mit reduzierter Belastbarkeit auszuüben , rechtfertigt sich kein Abzug wegen Teilzeitarbeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_158/2016 vom 5. April 2016 E. 4.2.2). Weiter e Gründe, welche einen Abzug rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich. Das Nichtgewähren eines leidensbedingten Abzuges ist dem nach nicht zu beanstanden. 6.5

Zusammenfassend ergibt sich somit Folgendes: Für den Zeitraum bis Ende Oktober 2011 resultiert aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 78'577.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 50'564.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 28'013 .--, was einem theoretischen Invaliditätsgrad von gerundet 36 % entspricht . In Anwendung von BGE 142 V 290 E.

7.3, wonach die Rechtsprechung gemäss BGE 131 V 51 dahingehend präzisiert wurde, dass bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode ( Art. 16 ATSG) zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional – im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit – zu berücksichtigen ist und der Invaliditätsgrad somit der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich entspricht und damit den versicherten Bereich, welcher durch das hypothetische Teilzeitpensum von 90 % (vorstehend E.

5.5) definiert wird, nicht übersteigen kann, ergibt sich ein relevanter und nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 32 % ( $36 \% \times 0.90$  ).

Für den Zeitraum von November 2011 bis Ende Februar 2013 resultiert aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 81'879.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 52'689 .-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 29' 190 . -- und somit eine Einschränkung von 36 % , was bei der massgebenden Gewichtung des Erwerbsbereichs mit 90 % ein en Teilinvaliditätsgrad von 32.4 % ergibt ( $36 \% \times 0.90$ ).

Da die Beschwerdeführerin während dieser Zeit im Haushaltsbereich nicht eingeschränkt war, ergibt sich diesbezüglich kein Teilinvaliditätsgrad . Somit resultiert wiederum ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 32 % ( $32.4 \% + 0 \%$  ).

Schliesslich ist für die Zeit ab März 2013 zusätzlich die festgestellte Einschränkung im Haushaltsbereich von 17.12 %

zu berücksichtigen. Bei einem Teilinvaliditätsgrad im Erwerb sbereich von 32.4 % ( $36 \% \times 0.90$  ) und im Haushaltsbereich von 1.712 % ( $17.12 \% \times 0.10$ ), resultiert ein ebenfalls nicht rentenbegründender Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 34 % ( $32.4 \% + 1.712 \%$  ) .

Die angefochtene Verfügung erweist sie demnach im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ). 7.2

Mit Honorarnote vom 30. November 2015 ( Urk.

#### **E. 7**

/106/1-80 = Urk. 7/106/81-160), sowie eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt, über welche am 19. Februar 2015 berichtet wurde ( Urk. 7/123).

Mit Verfügung vom 16. September 2015 ( Urk. 7/127 = Urk. 2) hielt die IV-Stelle an ihrem Vorbescheid vom August 2011 fest und verneinte einen Rentenanspruch der Versicherten. 2.

Die Versicherte erhob am 20. Oktober 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. September 2015 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei der Anspruch auf eine Invalidenrente erst nach einer erneuten Begutachtung festzulegen. Eventuell sei das bestehende Gutachten durch ein ergänzendes psychiatrisches Gutachten zu vervollständigen und danach über den Anspruch auf eine Invalidenrente zu entscheiden. Sodann sei ein ärztlicher Bericht über ihren psychischen Gesundheitszustand einzuholen. Ausserdem sei ein leidensbedingter Abzug von 20 bis 25 % zu gewähren ( Urk. 1 S.

2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. November 2015 ( Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 25. November 2015 ( Urk. 8) zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig wurde antragsgemäss ( Urk. 1 S.

2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt. Der ebenfalls beantragte Schriftwechsel wurde als nicht erforderlich erachtet. Am 23. Februar 2016 reichte die Beschwerdeführerin weitere Berichte ein ( Urk. 11, Urk. 12/1-3). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 8**

links, wobei auch eine chronische Schädigung mit Atrophie und Schwäche der von diesen Nerven versorgten Muskeln der Hand und des Unterarmes festgehalten werden können. Dadurch lägen Einschränkungen der Greif-Haltefunktion für eine grob- und feinmotorische Handfunktion vor. Zudem habe sich bei konsekutiver Segmentüberlastung eine sekundäre artikulo-muskuläre Dysfunktion der HWS entwickelt. Diese äussere sich durch Muskelverspannungen der HWS und des Nackens, teils mit Ausstrahlungen. Unter Belastung und Provokationstestung nehme der Reizzustand zu. Die Beschwerdeführerin sei daher täglich in verschiedener Intensität eingeschränkt (S. 53 f.). In der bisherigen Tätigkeit als Dentalhygienikerin sei sie aus rheumatologischer Sicht seit

Beginn der links zervikalen Symptomatik im Juni 2010 zu 60 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei derzeit noch unklar, wobei nach einer eventuellen Operation mit einer Arbeitsfähigkeit von bis zu 80 % gerechnet werden könne. Falls sich keine Verbesserung einstelle, sei von einer andauernden Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 60 %

und in einer angepassten Tätigkeit von 40 %

auszugehen. Dabei seien 20 % der Beschwerden auf muskuläre Überlastung zurückzuführen, welche im Rahmen von myofaszialen Beschwerden teilreversibel seien (S. 55).

Aus neurologischer Sicht seien die Sensibilitätsstörungen im Dermatom C8 rechtsseitig erstmals im Rahmen des im Dezember 2010 erfolgten Treppensturzes dokumentiert worden. Zudem seien bildmorphologisch Diskusprotrusionen

C6/7 und C7/Th1 festgehalten worden. Der bildgebende Befund vom Februar 2013 zeige multisegmentale Diskushernien/knöchernen Veränderungen auf der Höhe C5-Th1 linksbetont. In der ebenfalls im Februar 2013 erfolgten elektrophysiologischen Untersuchung seien Hinweise für eine ausgeprägte frische Schädigung der Wurzel C7 mehr als C8 links sowie Hinweise für eine bereits bestehende nicht unerhebliche Schädigung der motorischen Fasern zur Versorgung der Hypothenarmmuskulatur ersichtlich gewesen. In der aktuellen klinischen Untersuchung zeige sich eine deutliche Atrophie, wobei insbesondere die C8-innervierten Handmuskeln betroffen seien. Die Hypothenarmmuskulatur, der mediale Anteil der Thenarmmuskulatur sowie die kleinen Handmuskeln mit daraus resultierender Fehlstellung der Finger 4 und 5 seien deutlich betroffen. Zudem zeige sich eine Sensibilitätsstörung in den Dermatomen C8 und Th1. Am relevantesten seien die Einschränkungen der C8-innervierten Handmuskeln, welche nicht unerhebliche Auswirkungen auf die Fein- und Grobmotorik der Hand hätten. In Anbetracht der Ausprägung der Schädigung und der bereits deutlich sichtbaren Atrophie müsse von einer erheblichen Einschränkung bei der Arbeit als Dentalhygienikerin ausgegangen werden. Die Schmerzen und Sensibilitätsstörungen im Dermatom C8 würden zwar die Gesamtsituation zusätzlich erschweren, trügen derzeit allerdings nicht wesentlich zur Funktionseinschränkung bei. Es sei nicht davon auszugehen, dass es nach einer optimalen operativen Behandlung der linksseitigen Wurzel C8 zu einer wesentlichen Besserung der motorischen Fähigkeiten kommen werde. Die C7-innervierten langen Fingerbeuger und Extensoren seien ebenfalls betroffen, stünden hinsichtlich der Funktion jedoch ebenfalls eher im Hintergrund (S. 64 ff.). Aus neurologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit maximal während drei von acht Stunden arbeitsfähig, wobei für diese drei Stunden eine Belastbarkeit von zirka 75 % bestehe. Die Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit betrage somit 70 %. Tätigkeiten, welche mit der Führungshand durchzuführen seien oder die höhere Ansprüche an die grobe Kraft und Feinmotorik stellen würden, seien nicht mehr möglich. In einer geeigneten Verweistätigkeit seien insgesamt acht Stunden pro Tag denkbar, wobei eine mindestens 75%ige eingeschränkte Belastbarkeit vorliege. Somit ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % (S. 66 f.).

In der psychiatrischen Untersuchung wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall zunächst mit depressiven Symptomen bis hin zur Suizidalität reagiert habe. Dies könne als Anpassungsstörung nach einem belastenden Lebensereignis aufgefasst werden. Aufgrund der langen Dauer respektive des rezidivierenden Charakters sei diese als rezidivierende depressive Störung (IC D-10 F33) zu diagnostizieren. Bei der

aktuellen klinischen Untersuchung habe keine depressive Symptomatik mehr festgestellt werden können, allenfalls eine leichte depressive Episode. Die Diskrepanz zum Ergebnis des Selbstbeurteilungsfragebogens, welches für eine mittelschwere Depression spreche, könne dadurch erklärt werden, dass die Symptome bei einer leichten Depression eher überschätzt und bei einer schweren Depression eher unterschätzt würden. Sollten die Schmerzbeschwerden nicht durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung vollständig erklärt werden können, müsse zudem eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden.

Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer liege nicht vor. Zudem sei kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens feststellbar. Die Beschwerdeführerin pflege weiterhin – auch ausserhalb der Familie – ihre Kontakte, wenn auch deutlich weniger. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer, innerseelischer Verlauf einer missglückten psychischen Konfliktverarbeitung könne ausgeschlossen werden. Für eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine Angststörung lägen schliesslich keine Hinweise vor. Aus psychiatrischer Sicht liege keine Arbeitsunfähigkeit vor (S. 78 f.).

Aus gesamtmedizinischer Sicht überwiege das somatische Korrelat mit der neurologisch eindeutig verifizierten Radikulopathie C7 und C8 links. Erhebend komme hinzu, dass es sich hierbei um die führende Hand der Beschwerdeführerin handle. Die erhebliche Schädigung der Wurzeln C7 und C8 sei definitiv und elektrophysiologisch am 27. Februar 2013 dokumentiert worden. Da sich eine Amplitudenreduktion bei der Ableitung über der Hypothenarmuskulatur wahrscheinlich über Monate hinweg entwickle, sei davon auszugehen, dass bereits vorher eine merkliche Einschränkung vorgelegen habe. Insgesamt sei davon auszugehen, dass die aktuell bestehende funktionelle Einschränkung der Hand seit mindestens Mitte 2013 vorliege (S.

39). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Dentalhygienikerin von 2008 bis Mitte 2012

zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Ab Mitte 2012

liege aufgrund der im Vordergrund stehenden neurologischen Grunderkrankung eine Arbeitsunfähigkeit von 70 %

vor. Tätigkeiten,

welche mit der linken Führungshand durchzuführen seien und hohe Ansprüche an die grobe Kraft und Feinmotorik stellen würden, könne sie nicht mehr ausüben. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit könne sie insgesamt acht Stunden pro Tag mit einer 75%igen Belastbarkeit arbeiten, weshalb eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % resultiere. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit 2008 eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit von 30 % (S. 40 ff.).

Die Prognose hinsichtlich der Funktion bei bestehender

Radikulopathie C8 sei in Bezug auf eine Verbesserung aufgrund des Grades der bereits bestehenden Atrophie und der zeitlichen Länge der Schädigung wahrscheinlich ungünstig. Die Sensibilitätsstörung, welche jedoch funktionell weniger ins Gewicht falle, könne nach Jahren noch partiell rückläufig sein. Als medizinische Massnahme stehe primär die Entlastung der Wurzel C8 durch Infiltration oder Operation im Vordergrund (S. 41).

## **E. 10**

) machte die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin einen Aufwand von 15.45 Stunden und gestützt darauf eine Entschädigung von insgesamt Fr. 3'742.05 geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses ( § 34 Abs. 3 GSVGer ) noch als angemessen, wes halb Rechtsanwältin Angelika Häusermann, Zürich, beim für Rechtsanwälte ab dem 1. Januar 2015 gerichtsblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- mit insgesamt Fr. 3'742.05 (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zu folge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Angelika Häusermann, Zürich, wird mit Fr. 3'742.05 (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Angelika Häusermann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk.

## **E. 11**

und Urk. 12/1-3 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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