

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01085 vom 24. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01085

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01085 du 24 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01085 del 24 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1959, arbeitete seit dem 1. Juni 1999 als technische Sterilisationsassistentin beim Y.____ (Urk. 8/11). Am 2. April 2007 rutschte sie auf der Treppe ihres Wohnhauses aus, stürzte einige Treppenstufen nach unten und erlitt dadurch eine Unterschenkelfraktur rechts (Urk. 8/18/20). Wegen den Folgen dieses Unfalles meldete sich die Versicherte am 13. November 2007 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte den Arbeitgeberbericht des Y.____ vom 7. Januar 2008 (Urk. 8/11) bzw. 25. Februar 2008 (Urk. 8/13) sowie die Arztberichte des Y.____ vom 29. November 2007 (Urk. 8/10/6), vom 19. Juni 2008 (Urk. 8/17), vom

4. September 2008 (Urk. 8/21), vom 21. Oktober 2008 (Urk. 8/22) und vom 15. Januar 2009 (Urk. 8/26) ein. Ausserdem zog sie die Akten der Unfallversicherung Stadt Zürich (Urk. 8/18/1-20, Urk. 8/25/1-15, Urk. 8/29/1-6) sowie der Pensionskasse Stadt Zürich (Urk. 8/20/1-24) bei. Am 23. März 2009 teilte die IV-Stelle X.____

mit, sie übernehme die Kosten eines Arbeitstrainings im Y.____ vom 1. April bis zum 30. September 2009 (Urk. 8/31) und gewähre ihr Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche durch die Stellenvermittlung (Urk. 8/32). Die Versicherte reichte am 8. Juli 2009 (Urk. 8/43) den Arztbericht von Dr. med. Z.____, FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 2. Juli 2009 (Urk. 8/42) ein, worauf die IV-Stelle den Bericht von Dr. Z.____ vom 11. August 2009 (Urk. 8/51) einholte. Mit Verfügung vom 12. Oktober 2009 schloss die IV-Stelle das Arbeitstraining ab, da es der Versicherten nicht mehr möglich sei, an diesem teilzunehmen und keine Steigerung der Leistungsfähigkeit habe erreicht werden können (Urk. 8/53). Ebenso schloss die IV-Stelle mit Verfügung vom 13. Oktober 2009 die Arbeitsvermittlung ab, da sich die Versicherte nicht arbeitsfähig fühle (Urk. 8/54). Am 2. März 2010 (Urk. 8/62) reichte die Versicherte die Arztberichte des Zentrums für medizinische Radiologie, A.____, vom 18. Oktober 2009 (Urk. 8/61/1) und der B.____ vom 9. November 2009 (Urk. 8/61/2-3) zu den Akten. Mit Verfügung vom 18. März 2010 sprach die Unfallversicherung Stadt Zürich X.____ mit Wirkung ab dem 1. Januar 2010 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 12% eine Invalidenrente zu (Urk. 8/65/2-4). Ihre Feststellungen basierten unter anderem auf dem Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, vom 5. Januar 2010 (Urk. 8/65/10-26). Die IV-Stelle holte in der Folge die weiteren Arztberichte der B.____ vom 25. März 2010 (Urk. 8/66) und von pract. med. D.____, Facharzt für Orthopädie FMH, vom 2. August 2010 (Urk. 8/70/1-4; unter Beilage weiterer Arztberichte, Urk.

8/70/5 -11) ein. Sodann liess sie das Gutachten des E.____ vom 11. Februar 2011 erstellen (Urk. 8/74). Ausserdem nahm sie eine Abklärung im Haushalt der Versicherten vor (vgl. Haushalt abklärungsbericht vom 4. April 2011, Urk.

8/76). Mit Vorbescheid vom 5. April 2011 teilte die IV-Stelle X.____

mit, dass sie keinen Anspruch auf eine Invalidenrente habe, da ihr Invaliditätsgrad bis zum 2. August 2009 22 % (Anwendung der gemischten Methode; Erwerbsbereich: Anteil 60 % , Einschränkung 16 % , Teilinvaliditätsgrad 10 % ; Haushalt: Anteil 40 % , Einschränkung 29,75 % , Teilinvaliditätsgrad 12 %) und ab dem 3. August 2009 34 % (Anwendung der gemischten Methode; Erwerbsbereich : Anteil 60 % , Einschränkung 16 % , Teilinvaliditätsgrad 10 % ; Haushalt: Anteil 40 % , Einschränkung 59,5 % , Teilinvaliditätsgrad 24 %) betrage (Urk. 8/80). Dagegen erhob die Versicherte durch Rechtsanwältin Kristina Herenda am 15. Mai 2011 (Urk. 8/ 81) bzw. am 26. Juni 2011 (Urk. 8/86) und am 13. Dezember 2011 (Urk. 8/96) unter Beilage des Arztberichtes des F.____ vom 20. Juni 2011 (Urk. 8/85) und vom 15. November 2011 (Urk. 8/95) Einwand . Daraufhin holte die IV-Stelle das Gutachten des G.____ vom 20. September 2012 ein (Urk. 8/101/2-32). Am 24. Januar 2013 nahm das G.____ auf Nachfrage der IV-Stelle ergänzend Stellung (Urk. 8/107). Mit Eingabe vom 17. April 2013 (Urk. 8/110) nahm die Versicherte unter Beilage der Berichte des H.____ vom 8. Januar 2013 (Urk. 8/109/1-5) und vom 6. Juni 2012 (Urk. 8/109/6-11) Stellung zum Gutachten des G.____ . Dazu nahm das G.____ am 14. Oktober 2013 Stellung (Urk. 8/114). Die Versicherte machte am 10. Juli 2014 weitere Ausführungen und hielt an ihrem Einwand fest (Urk. 8/122). Mit Verfügung vom 18. September 2015 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch von X.____ (Urk. 2).

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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.3

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

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

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechts anwendende 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; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in:

Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

E. 1.5

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]; vgl. auch Rz. 3084 ff. des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehrung zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2, in: SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86). Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind – analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; Urteil des Bundesgerichts I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E.

E. 2

eventualiter sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. September 2015 aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine Teilinvalidenrente zuzusprechen;

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin lässt zur Begründung ihrer Beschwerde geltend machen, aus den Berichten des H. ___ sei ersichtlich, dass sie als arbeitsunfähig beurteilt werde, während die Gutachter des G. ___ sie für leichte, verschiedentlich adaptierte Tätigkeiten als uneingeschränkt arbeitsfähig einstufen würden. Eine objektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in orthopädischer Hinsicht könne nur durch eine Abklärung der funktionellen Leistungsfähigkeit erreicht werden. Es fehle beim G. ___ -Gutachten auch an einer den Anforderungen der neusten Rechtsprechung genügenden Auseinandersetzung mit der somatoformen Schmerzstörung bzw. der dort diagnostizierten Schmerzverarbeitungsstörung. Beim Einkommensvergleich müsse sodann berücksichtigt werden, dass die Beschwerdeführerin mittlerweile 56 Jahre alt sei und ihre Chancen, eine leidensangepasste Stelle zu finden, geringfügig seien. Ihre angestammte Tätigkeit als Sterilisationsassistentin könne sie nicht mehr ausüben und sie könne nur noch als ungelernete Hilfskraft tätig sein. Daneben begünstigten auch der Umstand, dass sie Deutsch nicht als Muttersprache spreche, ihre Aussichten auf den Arbeitsmarkt nicht. Realistisch gesehen werde ihre Arbeitskraft auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr nachgefragt. Zur psychischen Erkrankung kämen körperliche Schmerzen hinzu, die in einer Wechselwirkung stünden. Sollte von einer Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden, so sei beim Invalideneinkommen zumindest ein maximaler Leidensabzug von 25 % zu gewähren. Schliesslich sei die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Invaliditätsgrades zu Unrecht von einem Anteil von 60 %

Erwerbsbereich und 40 % Haushaltsbereich ausgegangen. Tatsächlich habe die Beschwerdeführerin an ihrem letzten Arbeitsort das Pensum nur befristet reduzieren wollen, um ihrer Tochter bei der Kinderbetreuung zu helfen. Es sei jedoch vorgesehen gewesen, dass die Beschwerdeführerin wieder zu 100 % gearbeitet hätte, sobald das Enkelkind einen Krippenplatz gehabt hätte (Urk. 1).

E. 2.2

Demgegenüber macht die Beschwerdegegnerin zur Begründung der angefochtenen Verfügung geltend, die Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin zu 60 % als Sterilisationsassistentin erwerbstätig gewesen wäre und sich während den restlichen 40 % dem Haushalt gewidmet hätte. Aus ärztlicher Sicht sei der Beschwerdeführerin die Ausübung einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit einem Pensum von 75 % zumutbar. Der Einkommensvergleich ergebe eine Einbusse bzw. einen Invaliditätsgrad von 16 %. Im Haushalt habe bis zum 2. August 2009 eine Einschränkung von 29,75 % bestanden und ab diesem Zeitpunkt betrage sie 59,5 %. Gesamthaft ergebe sich damit ein Invaliditätsgrad von 22 % bis zum 2. August 2009 und von 34 % ab dem 3. August 2009. Anlass zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen bestehe nicht (Urk. 2 und Urk. 7). 3.

E. 2.2.2

und 2.2.3). Die praxisgemässen Grundsätze gelten auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung einer spezifischen Verletzung der HWS ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (BGE 136 V 279 E. 3.2.3). Die Praxis fasst auch ein chronisches zervikales und zervikozephalales

Schmerz syndrom nach HWS-Distorsions trauma , ein thorak overtebrales Schmerzsyndrom sowie einen chronischen Kopfschmerz darunter (Bundesgerichtsurteil 9C_681/2010 vom 14. Dezember 2010 E. 3.2.2).

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. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. 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 Beweisfragen 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 da ran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweiselastete versicherte Person zu tragen (E. 6). 5.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder

äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

5.3 Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren ihren Beweiswert nicht. Es ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

5.4 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung führt die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhalten den somatoformen Schmerzstörung nur dann zur Feststellung einer invaliden versicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der - in der Praxis zu wenig beachteten - Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten

Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2). 5.5

Die psychiatrische Beurteilung durch das G.____ hat ergeben, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden bei der Beschwerdeführerin durch die objektiverbaren Befunde nicht erklärt werden kann. Es ist bei der Beschwerdeführerin vielmehr in Folge ihrer zwei Unfälle zu einer Schmerzausweitung gekommen und die Beschwerdeführerin hat eine subjektive Krankheitsüberzeugung

entwickelt, welche sie von der dauerhaften Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit abhält. So diagnostizierte der psychiatrische Gutachter nebst einer leichten depressiven Episode eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F 54) (E. 3.7.1). Diesen Diagnosen massen die G.____ -Gutachter - auch unter Berücksichtigung dessen, dass die im damaligen Zeitpunkt anwendbaren Förster-Kriterien weitgehend nicht erfüllt waren (Urk. 8/101/19) - keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu, hatte sich doch anlässlich der fachärztlichen Exploration keine wesentliche Einschränkung der Beschwerdeführerin im Alltag erkennen lassen (Urk. 8/101/18). Angesichts dessen, dass die Untersuchung durch den orthopädischen Gutachter eine erhebliche Diskrepanz zwischen den anamnestischen Beschwerdeschilderungen und den objektivierbaren Befunden sowie den Schmerzausserungen anlässlich der Untersuchung zu Tage gefördert hatte (vgl. insbesondere Urk. 8/101/28, wonach anamnestisch zwar der Fokus auf den rechten Unterschenkel und den linken Ellenbogen gerichtet war, diesbezüglich klinisch aber nur geringe Einschränkungen feststellbar waren und nur selten Schmerzen geäussert wurden, während es schien, dass sich die Beschwerdeführerin klinisch durch die panvertebralen Rückenschmerzen viel stärker kompromittiert fühle, was aber anamnestisch nur beiläufig Erwähnung gefunden habe), würde die Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 infolge Vorliegens eines Ausschlussgrundes (E. 5.4) grundsätzlich ohne Weiteres entfallen. 5.6

Selbst wenn aber ein Ausschlussgrund zu verneinen wäre, führte die Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 nicht zu einem Invalidisierenden Gesundheitsschaden, wie nachfolgend zu zeigen ist: 5.7 Unter dem Aspekt „funktioneller Schweregrad“ ist in Betracht zu ziehen, dass die diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht besonders ausgeprägt erscheinen. Die Beschwerdeführerin wurde nach ihren beiden Unfällen mit jeweils gutem Ergebnis operativ behandelt. Das gezeigte Barfussgangbild und die Gangvarianten bei der Begutachtung durch das G.____ belegten eine insgesamt wieder gute Funktionalität. Auch am linken Ellenbogen besteht ein günstiges postoperatives Ergebnis (Urk. 8/101/26). Von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten resp. einer Behandlungsresistenz ist aufgrund der

gutachterlichen Feststellungen nicht auszugehen, die aufgrund ihrer Krankheitsüberzeugung gezeigte Passivität hat aber bei der Beschwerde führerin zu einer Dekonditionierung geführt. Was den Indikator „Komorbiditäten“ betrifft, so erweisen sich die Diagnosen der Beschwerdeführerin als relativ geringfügig (vgl. auch Urk. 8/101/26-27) . 5.8 Zum Komplex „Persönlichkeit“ ist festzuhalten, dass keinerlei Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung bestehen. Hinsichtlich des Komplexes „Sozialer Kontext“ kann auf durchaus vorhandene Ressourcen der Beschwerdeführerin geschlossen werden. Langanhaltende psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren bestehen nicht. Die Beschwerdeführerin lebt mit ihrem Ehemann in einer intakten Beziehung und hat auch ein gutes Verhältnis zu ihren Kindern und Enkelkindern (Urk. 8/101/15) . Zum - beweisrechtlich entscheidenden - Aspekt der Konsistenz ist zu erwähnen, dass die aktenkundigen Behandlungsbemühungen nicht auf einen ausgeprägten Leidensdruck schliessen lassen. 5.9 Demnach wären auch unter Berücksichtigung der nunmehr im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (vgl. E. 5.2) erhebliche funktionelle Auswirkungen der Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Auch aus rechtlicher Sicht ist daher die Schmerzverarbeitungsstörung nicht als invalidisierend zu betrachten. 5.10 Es ist damit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin für körperlich leichte, verschiedentlich adaptierte Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig ist (vgl. E. 3.7.1) 6.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1.1

Laut dem Arztbericht des Y.____

vom 19. Juni 2008 (Urk. 8/17) bestehen bei der Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach Unterschenkelfraktur rechts mit Fraktur des Volkmann Dreiecks rechts und Logensyndrom am Unterschenkel rechts am 3. April 2007, ein Status nach Transfixation der Fraktur mit einem Fixateur externe und Logenspaltung am 3. April 2007, ein Status nach Wundrevision, Débridement am 4. April 2007, definitiver Wundverschluss am Unterschenkel am 7. bzw. 9. April 2007, ein Status nach definitiver Osteosynthese der Fibula und des Tibiaschaftes am 13. April 2007 und persistierende Schmerzen des linken (richtig wohl: rechten) Beines bei längerer Belastung, Hyposensibilität ventral am Unterschenkel sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Hypertonie. Seit dem Unfall bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Arbeitsversuche hätten abgebrochen werden müssen.

E. 3.1.1.1

: 2007 = 2454 , 20

E. 3.1.2

Am 4. September 2008 (Urk. 8/21/7-8) hielt den die Ärzte des

Y.____ fest, aufgrund der Funktionseinschränkung am rechten Bein bestehe aktuell eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit in der Zentralsterilisation (zumeist stehend). Es werde nun ein Arbeitsversuch unternommen. Die Prognose sei

äusserst günstig und es bestehe die Hoffnung, dass die anfänglich täglich zweistündige Tätigkeit später gesteigert werden könne.

E. 3.1.3

Am 21. Oktober 2008 (Urk. 8/2 2/6) hielt Dr. med. J.____, Leitender Arzt

Y.____ fest, es bestehe die Möglichkeit der Wiedereingliederung am bisherigen Arbeitsplatz. Die Belastung werde nun kontinuierlich gesteigert. Die Prognose sei auch bezüglich des bisherigen Arbeitsplatzes grundsätzlich günstig. Für behinderungsangepasste, insbesondere keine das rechte Bein belastende Tätigkeiten, dürfte demnächst eine volle Arbeitsfähigkeit bestehen.

E. 3.1.4

Am 15. Januar 2009 (Urk. 8/26/6-7) führte Dr. J.____ aus, aktuell sei die Beschwerdeführerin im Rahmen eines Arbeitsversuchs zu 35 % an ihrem bisherigen Arbeitsplatz erwerbstätig. Es sei geplant, in den nächsten Monaten eine 50%ige Einsatzfähigkeit zu erreichen. Grundsätzlich sei eine weitere Steigerung zu erwarten, so dass langfristig keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehe.

E. 3.2

Gemäss dem Arztbericht von Dr. Z.____ vom 10. August 2009 (Urk. 8/51) bestehen bei der Beschwerdeführerin ein Zustand bei Status nach Unterschenkelfraktur seit Sturz am 2. April 2007, anschliessender Osteosynthese am 13. April 2007, Materialentfernung am 13. September 2008 und Logensyndrom am rechten Unterschenkel mit fraglich „sudegoider“ Reaktion. Aufgrund auswärtiger Angaben sei die Beschwerdeführerin seit dem 3. April 2007 zu 100 % arbeitsunfähig. Seit dem 4. Mai 2009 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Die Beschwerdeführerin könne keine längeren Gehstrecken laufen, keine monotonen Tätigkeiten ausüben und keine schweren Lasten über 5 kg heben. Die Prognose sei unsicher, die Beschwerden bestünden jedoch seit bald zwei Jahren.

E. 3.3

Laut dem zu Händen der Unfallversicherung erstellten Gutachten von Dr. C.____ vom 5. Januar 2010 (Urk. 8/65/10-28) bestehen bei der Beschwerdeführerin ein Status nach komplexer Unterschenkelfraktur rechts am 2. April 2007 bei Status nach Osteosynthese und partieller Osteosynthese material-Entfernung und Restzustand mit persistierender Schwellung und Schmerzhaftigkeit, differenzialdiagnostisch neuropathisch sowie eine Ellbogenfraktur links am 3. August 2009. Aktuell sei die Beschwerdeführerin in erster Linie eingeschränkt und beeinträchtigt durch ihre Ellbogenfraktur links. Durch das Unfallereignis vom 2. April 2007 mit Unterschenkelfraktur sei die Beschwerdeführerin heute noch eingeschränkt für stark belastende Tätigkeiten im Bereich des rechten Fusses und Beines, somit bezüglich vorwiegend stehend und gehend auszuführenden Tätigkeiten, häufigem Treppensteigen oder auch Besteigen von Leitern. Vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit, immer wieder aufzustehen und ein paar Schritte zu gehen, seien von Seiten der Unterschenkelverletzung medizinisch-theoretisch uneingeschränkt zumutbar.

E. 3.4

Gemäss dem Bericht der B.____ vom 25. März 2010 (Urk. 8/66/6-7) bestehen bei der Beschwerdeführerin ein Status nach komplexer Ellbogenluxation (terrible triad) mit

Radiusköpfchenfraktur (Mason Typ II, persistierend disloziert und posterolateral subluxiert) und Coronoidfraktur (Regan

Morrey Typ I) links vom 3. August 2009, eine Radiusköpfchenresektion, posteriore Fragmentexzision, Implantation Radiusköpfchen-Prothese (SBI, Schaft 3 nicht zementiert, Head Recon 2), transossäre

Reinsertion laterales Seitenband Ellbogen links am 6. November 2009 sowie als Nebendiagnose eine arterielle Hypertonie. Die Beschwerdeführerin sei am 3. August 2009 ausgerutscht und auf den linken Ellbogen gefallen. Am 6. November 2009 sei eine operative Behandlung erfolgt. In der Folge habe ein deutliches Rehabilitationsdefizit mit eingeschränkter Beweglichkeit bestanden. Die Prognose bezüglich des Ellbogens sei eher ungünstig. Bis zum 10. Februar 2010 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Auf längere Sicht seien im Haushalt sowie Erwerbsbereich gewisse Einschränkungen der Ellenbogenfunktion zu erwarten.

E. 3.5

Laut dem Gutachten des E.____ vom 11. Februar 2011 (Urk. 8/74) bestehen bei der Beschwerdeführerin ein Status nach Treppensturz und geschlossener distaler Unterschenkelfraktur rechts am 2. April 2007 bei Fixateur externe und Logenspaltung am 3. April 2007, Débridement am 4. April 2007, wiederholtem Wundverschluss am 7. und 9. April 2007, Entfernung des Fixateur externe und Schraubenosteosynthese des Volkmannsdreiecks sowie Plattenosteosynthese der distalen Fibula und des Tibulaschaftes rechts am 13. April 2007, Status nach CRPS I, Erstdiagnose am 17. Juli 2008, partieller Osteosynthesematerial-Entfernung am 13. März 2009 und bleibender Extensionseinschränkung im oberen Sprunggelenk auf 10° Dorsalextension sowie ein Status nach Ellbogenluxationsfraktur links am 3. August 2009 bei Status nach Implantation einer Radiusköpfchenprothese am 6. November 2009 und bleibendem Extensionsdefizit von rund 20°. Es stehe ausser Zweifel, dass zwei Unfälle stattgefunden hätten (Treppensturz im April 2007, Sturz mit Radiusköpfchenluxationsfraktur im August 2009). An beiden Orten hätten durch chirurgische Eingriffe hervorragende Resultate erzielt werden können. Am rechten Unterschenkel verbleibe lediglich ein leichtes Extensionsdefizit im oberen Sprunggelenk, am linken Ellbogen ein unwesentlich einschränkendes Extensionsdefizit von rund 20°. Die beklagten Schmerzen würden zwar glaubhaft sein, ein Korrelat habe aber weder klinisch noch radiologisch gefunden werden können. Die durchgeführte Handkraftmessung zeige nicht nachvollziehbare Werte auf und somit eine massive Selbstlimitierung. Gepaart mit der ängstlichen Persönlichkeit sei diese mit hoher Wahrscheinlichkeit auch der Grund, warum im Arbeitsversuch nicht mehr als 35 bis 50 % Arbeitsleistung habe erreicht werden können. Bei optimal eingerichteten Arbeitsplatz sollte in der angestammten Tätigkeit eine 70 bis 80%ige Leistung erreicht werden können. Jede Tätigkeit, die vorwiegend im Sitzen ausgeübt werden könne, aber ein Wechsel der Position zu Stehen und Gehen zulasse und zudem keine repetitive Belastung des linken Ellenbogens beinhalte, wie wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, sei der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch zumutbar.

E. 3.6.1

Gemäss Schreiben des F.____ vom 20. Juni 2011 (Urk. 8/85) berücksichtigt das Gutachten des E.____ lediglich die somatischen Diagnosen und lässt die psychiatrischen Diagnosen unbeachtet. Im medizinischen F.____ seien die Diagnosen einer mittelgradig depressiven

Episode (ICD-10 F32.1) sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung diagnostiziert worden. Mit den somatischen Diagnosen zusammen sei seit dem Unfall vom 4. April 2007 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen.

E. 3.6.2

Im Bericht vom 15. November 2011 (Urk. 8/95) hielten die Ärzte des F.____ an ihre n Diagnose n fest. Als positives Leistungsbild seien die Körperpflege, tägliches Spazieren, soziale Kontakte und die Reisefähigkeit mit dem öffentlichen Verkehr zu erwähnen. Negativ sei dagegen, dass die Beschwerdeführerin bei Anstrengung reaktiv vermehrt Schmerzen verspüre, immer wieder Pausen brauche und Stehen, Sitzen Heben, Treppensteigen und längeres Gehen problematisch seien. Aufgrund dieser Bilder sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig auch für angepasste Tätigkeiten einzuschätzen.

E. 3.7

3

Am 14. Oktober 2013 (Urk. 8/114 /1-3) äusserten sich die Ärzte des G.____ zur von der Beschwerdeführerin gegen ihr Gutachten vorgebrachten Kritik. Die psychiatrische Untersuchung sei auf Deutsch ohne weiteres möglich und eine Übersetzung zu keinem Zeitpunkt erforderlich gewesen, zumal die Beschwerdeführerin seit 1977 in der Schweiz lebe und als Sterilisationsassistentin in einem Spital gearbeitet habe. Das Unfalldatum 2. April 2007 ergebe sich aus zahlreichen Berichten, wobei es für die psychiatrische Beurteilung ohnehin völlig irrelevant sei, ob der Unfall am 2. oder 3. April 2007 stattgefunden habe. Es entspreche sodann nicht der klinischen Erfahrung, dass gängige Antidepressiva wegen Nebenwirkungen abgesetzt würden. Die Beschwerdeführerin sei auch explizit nach ihren Beschwerden und Einschränkungen gefragt und diese im Gutachten ausführlich dargelegt worden. Von einer Fremdanamnese bei der Tochter könne kaum ein objektiver Befund erwartet werden, da diese kaum Aussagen machen würde, welche eine Rentenzusprache verhindern würden. Bei psychologischen Testverfahren sei zu beachten, dass ein Beschwerdevalidierungstest durchzuführen sei, um eine allfällige Aggravation feststellen zu können. Die Beschwerdeführerin habe keine Hinweise für psychosoziale Belastungen geliefert. Die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung werde nicht näher begründet. Sie könne beim Fehlen einer psychosozialen Belastung nicht gestellt werden. Schliesslich mache die Durchführung einer EFL bei vorhandener Selbstlimitierung und Schmerzverarbeitungsproblematik keinen Sinn. 3.

E. 3.7.1

Laut dem Gutachten des G.____ vom 20. September 2012 (Urk. 8/101/2-32) bestehen bei der Beschwerdeführerin mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1.) chronische vorwiegend belastungsabhängige Unterschenkelschmerzen rechts (ICD-10 M79.67) bei Status nach gelenksüberbrückendem Fixateur externe und Spaltung der Unterschenkelknochen bei drohendem Kompartmentsyndrom am 3. April 2007, nach Wundrevision und Erweiterung der Dermatofasziotomie lateral sowie Wundverschluss medial am 4. April 2007, nach partiellem Wundverschluss lateraler Unterschenkel am 7. April 2007, nach definitivem Wundverschluss lateraler Unterschenkel am 9. April 2007 sowie nach Fixateur externe-Entfernung und Platten- sowie Schraubenosteosynthese Tibia und Fibula am 13. April 2007 (Z98.8), Status nach subtotaler OSME am 13. März 2009 (Z47.0) und Status nach Unterschenkelfraktur mit drohendem Kompartmentsyndrom nach Sturz 2. April 2007

(T93.2), (2.) einer leichtgradigen Gelenkkontraktur Ellbogen links in Flexion und Extension (ICD-10 M24.52) bei Radiusköpfchenprothese seit 6. November 2009 (Z96.6), Status nach komplexer Ellbogenluxation mit Radiusköpfchenfraktur und Koronoidfraktur vom 3. August 2009 mit initial konservativer Behandlung (T92.1) sowie (3.) ein chronisches zervikal und lumbal betontes spanvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.80) bei moderaten degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (47.86/M51.2). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ausserdem (1.) eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), (2.) eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), (3.) eine Adipositas (BMI 31 kg/m³) (ICD-10 E66.0) sowie (4.) eine arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10). Die Beschwerdeführerin klagt über verschiedene Beschwerden am Bewegungsapparat und über psychisch zuzuordnende Beschwerden wie Vergesslichkeit und Nervosität. Es würden nebst den objektivierbaren Befunden auch subjektiv stärkere Limitierungen angegeben, als sich dies in der klinischen Untersuchung nachvollziehen lasse.

Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit resultiere, dass körperlich schwere, mittelschwere und nicht adaptierte Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Ob dies für die angestammte Tätigkeit zutreffe, könne nicht mit Sicherheit bestätigt werden. Offensichtlich habe es sich um eine eher leichte Tätigkeit gehandelt, welche jedoch vornehmlich im Stehen durchzuführen gewesen sei. Allgemein sei festzustellen, dass für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne längeres Stehen und auch ohne längeres Sitzen, ohne Lasten heben und tragen über 10 kg, eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Aus allgemeininternistischer Sicht bestünden keine Befunde und Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Aus psychiatrischer Sicht könne bei somatisch nicht ausreichend erkläraren Befunden für die subjektive Limitierung, bei nicht gegebener psychosozialer Belastungssituation, von einer Schmerzverarbeitungsstörung gesprochen werden. Es bestehe eine leichte affektive Auslenkung, die einer leichten depressiven Episode zuzuordnen sei. Die Arbeitsfähigkeit werde dadurch nicht eingeschränkt.

Zusammenfassend resultiere aus interdisziplinärer Sicht, dass bei der Beschwerdeführerin für körperlich leichte, verschiedentlich adaptierte Tätigkeiten eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Körperlich mittelschwere, schwere und nicht adaptierte Tätigkeiten seien ihr nicht mehr zumutbar. Bezüglich des Verlusts sei davon auszugehen, dass durch den Unfall am 2. April 2007 eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten eingetreten sei. Möglicherweise sei die Arbeitsfähigkeit ab 2008 im heutigen Ausmass bereits gegeben gewesen, unterbrochen durch einige Wochen Arbeitsunfähigkeit nach der Metallentfernung im März 2009. Ab dem 3. August 2009 sei wieder von einer vollen Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall auszugehen. Spätestens ab Mai 2010 sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit wieder im heutigen Ausmass gegeben gewesen sei. Aus medizinisch-gutachterlicher Sicht nicht nachvollzogen werden könne, weshalb der Beschwerdeführerin im Haushalt eine derart hohe Einschränkung von 59% attestiert worden sei. Dies entspreche fast einer tetraplegischen Situation. Ganz offensichtlich seien die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin voll übernommen worden und man sei so auf eine derart hohe, unrealistische Zahl gekommen. Aus medizinisch-theoretischer Sicht bestehe im Haushalt eine Einschränkung von maximal 25%. Eine adaptierte Tätigkeit wäre der Beschwerdeführerin neben der Haushaltstätigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht zumutbar. Die Beschwerdeführerin erfahre offenbar im häuslichen Rahmen einen hohen sekundären Krankheitsgewinn, indem sie von verschiedenen Tätigkeiten entlastet werde, obwohl dies medizinisch gar nicht notwendig wäre. Es sei bei der Beschwerdeführerin eine

nicht unerhebliche körperliche Dekonditionierung festzustellen, welche durch ein entsprechendes Training revertierbar wäre. Aus internistischer Sicht sei sodann eine Gewichtsreduktion zu erwarten. Aus psychiatrischer Sicht sei durch Massnahmen keine wesentliche Beeinflussung der Situation zu erwarten, da die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung nicht einer psychiatrisch behandelbaren Erkrankung entspreche.

E. 3.7.2

Am 8. Januar 2013 (Urk. 8/109/1-4) nahm das H.____ Stellung zum Gutachten des G.____ und sprach ihm den Beweiswert bezüglich des psychiatrischen Teils ab. Das Gutachten sei nicht beweiswürdig, da keine Übersetzung vorhanden gewesen sei. Ein gravierender Fehler liege sodann darin, dass im Gutachten der 2. statt der 3. April 2007 als Unfalldatum angegeben werde. Sodann enthalte es auch falsche Angaben über die Medikamenteneinnahme der Beschwerdeführerin. Es seien keine Symptome betreffend psychiatrische Störungen erfragt und deshalb auch keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden, obwohl die Beschwerdeführerin die Kriterien einer mittelgradigen Depression erfülle. Es fehlten jegliche Fremdanamnese und jeglicher Versuch einer Objektivierung der Beobachtungen. Die Diagnosen des H.____ laute daher: (1.) mittelgradige depressive Episode (ICD-10, F32.1), (2.) anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), (3.) Status nach komplexer Ellbogenluxation links am 3. August 2009 mit Radiusköpfchenfraktur (Mason Typ II), persistierend disloziert und posterolateral subluxiert, Coronoidfraktur (Regan

Morrey Typ I) bei Radiusköpfchenresektion, posteriore

Fragmentexzision, Implantation Radiusköpfchen-Prothese (SBI, Schaft 3 nicht zementiert, Head Recon 2), transossäre

Reinsertion laterales Seitenband Ellbogen links am 6. November 2009 (B.____ 16. Februar 2010), (4.) Schmerzen rechter Fuss bei Status nach Unterschenkelfraktur rechts mit Fraktur des Volkmann Dreiecks rechts und Logensyndrom am Unterschenkel rechts am 3. April 2007 (Y.____ 19. Juni 2008), Status nach Transfixation der Fraktur mit einem Fixateur externe und Logenspaltung am 3. April 2007 (Y.____ 19. Juni 2008), Status nach definitiver Osteosynthese der Fibula und des Tibiaschaftes am 13. April 2007 (Y.____ 19. Juni 2008) und klinisch und szintigraphisch CRPS I (Y.____

4. September 2008) sowie (5.) Tumor Dig. II links bei Operation im K.____ 2010. Im Falle von Gesundheit würde die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeiten. Subjektiv sei die Beschwerdeführerin auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Als positives Leistungsbild seien die Körperpflege, tägliches Spazieren, soziale Kontakte und die Reisefähigkeit mit dem Öffentlichen Verkehr zu erwähnen. Das negative Leistungsbild bestehe in den reaktiven Schmerzen und der Problematik verschiedener Körperhaltungen. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin auch in angepassten Tätigkeiten als 100 % arbeitsunfähig einzuschätzen.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. Die Beschwerdeführerin hat gegenüber der Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin angegeben, sie habe ihr Arbeitspensum im November 2006 auf 60 % reduziert, um mehr Zeit für sich zu haben. Bei guter Gesundheit hätte sie weiter in diesem Umfang gearbeitet (E. 3.8). Den Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber der Abklärungsperson kommt zur Klärung der Statusfrage ein besonderes Gewicht zu, da sie als sogenannte Aussagen der ersten Stunde als unbefangener und zuverlässiger gelten als spätere Darstellungen (vgl. BGE 121 V 45 E. 2 und das Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2011 vom 9. Juli 2012 E. 5.5 mit Hinweisen).

Erhebliche Hinweise für das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach sie die Pensumsreduktion vorgenommen habe, um ihre Tochter vorübergehend bei der Kinderbetreuung zu unterstützen und sie danach ihr Arbeitspensum wieder auf 100 % aufgestockt hätte, sind dem gegenüber nicht aktenkundig. Es ist damit übereinstimmend mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 60 % erwerbstätig und zu 40 % im Haushalt tätig gewesen wäre und der Invaliditätsgrad ist nach der gemischten Methode zu berechnen. 6.2 Gemäss Arbeitgeberbericht des Stadtsitals Y.____ vom 7. Januar 200

E. 6.2

und 128 V 93 E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit). Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbs tätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Grundsätzlich jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, das heisst wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (AHI 2004 S. 137 E. 5.3). Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1, 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 7.2 und 9C_631/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1.2, je mit Hinweisen). 2.

E. 6.3.1

Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung steht ihr mit Blick auf die gutachterliche Einschätzung und das aus medizinischer Sicht objektiv vorhandene Leistungspotenzial eine genügend breite Palette von zumutbaren Erwerbsmöglichkeiten offen, welche der ausgeglichene Arbeitsmarkt kennt. Nicht massgebend ist in diesem

Zusammenhang, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würde. Zu berücksichtigen ist zudem, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Namentlich bestehen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus einfache, geistig wenig anspruchsvolle Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten, welche keine Stressbelastungen enthalten (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_514/2013 vom 29. August 2013 E. 4.2 mit Hinweisen). 6.3.2 Gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) betrug der Durchschnittslohn für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigten Frauen im Jahr 200

E. 6.4

Ginge man davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig wäre, so belief sich das Valideneinkommen auf Fr. 69'330.50 (60 % = Fr. 41'598.30). Beim Invalideneinkommen wäre zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu einem Pensum von 100 % zumutbar ist. Gemäss den statistischen Tabellenlöhnen würde hierfür ein mutmassliches Einkommen von Fr. 51'367.70 pro Jahr resultieren (vgl. E. 6.3.2). Nach Vorannahme des Abzugs von 10 % belief sich das Invalideneinkommen auf Fr. 46'230.95. Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 69'330.50 ergäbe sich damit eine Einkommenseinbusse von Fr. 23'099.55 bzw. ein Invaliditätsgrad von rund 33 %. 7.7.1

Bezüglich der Einschränkungen bei der Erledigung der Aufgaben im Haushalt ist die Abklärungsperson der Beschwerdeführerin anlässlich der Abklärungen vor Ort zum Ergebnis gelangt, dass die Beschwerdeführerin von Juli 2007 bis Juli 2009 zu 29,75 % und ab August 2009 zu 59,5 % eingeschränkt gewesen sei (E. 3.8). Wie die Ärzte des G.____ zu Recht festgehalten haben, ist aber eine Einschränkung von 59,5 % nicht nachvollziehbar, sondern basiert offen sichtlich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Dies gilt umso mehr, als es dem Ehemann und dem Sohn im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbar ist, einen Teil der Haushaltarbeiten zu übernehmen. Sodann ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin beim Gebrauch der rechten Hand keinerlei Einschränkungen erleidet und ihr auch der Gebrauch der linken Hand grundsätzlich nach wie vor möglich ist. Die von der Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin für die Zeit ab August 2009 festgelegten Einschränkungen im Bereich Ernährung von 70 %, im Bereich Wohnungspflege von 75 %, und im Bereich Wäsche und Kleiderpflege von 65 % sind unter diesen Umständen viel zu hoch. Vielmehr erscheinen die für die Zeit davor festgelegten Einschränkungen im Bereich Ernährung von 35 %, im Bereich Wohnungspflege von 40 % und im Bereich Wäsche und Kleiderpflege von 30 % auch unter Berücksichtigung der Einschränkungen beim Gebrauch der linken Hand als angemessen (vgl. auch Urk. 8/101/30). Gesamthaft ist im Aufgabenbereich Haushalt von einem ungewichteten

Invaliditätsgrad von gerundet 30 % auszugehen. 7.2

Insgesamt resultiert ein Invaliditätsgrad von 32 % (33 % von 60 % = 20 % im Erwerbsbereich und 30 % von 40 % = 12 % im Haushalt), womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

8.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Kristina Herenda - 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 Der Gerichtsschreiber HurstBrügger

E. 08

= 2499) beträgt das hypothetische Einkommen im Jahr 200

E. 8

von 41,6 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche [T 03.02.03.01.04.01]) resultiert ein mutmassliches Einkommen von Fr. 51'367.70 pro Jahr. Bei einem Pensum von 60 % beläuft sich das Einkommen auf Fr. 30'820.60. 6. 3. 3

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 unter durchschnittlichem Einkommen verwerten 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 Vergleichseinkommen mit verantwortliche 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 angemessen 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). Dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin lediglich noch maximal leichte Hilfsarbeitertätigkeiten ausüben kann und auch darin gewisse - wenn auch nur relativ geringfügige - Einschränkungen erleidet, hat die Beschwerde gegen sie mit einem Abzug von

E. 10

%

angemessen Rechnung zu tragen. Das Invalideneinkommen ist demnach für ein Pensum von 60 %

mit Fr. 27'738.55 (Fr. 30'820.60 x 0.9) zu bemessen. Verglichen mit dem ermittelten Valideneinkommen von Fr. 41'598.30 ergibt sich damit eine Einkommenseinbusse von Fr. 13'859.75 bzw. für den Erwerbsbereich ein ungewichtetes

Invaliditätsgrad

von rund 33 % .

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