

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01158 vom 12. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01158](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01158)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01158 du 12 décembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01158 del 12 dicembre 2016

## Erwägungen

### E. 1

Die 1962 geborene X.\_\_\_\_ bezog mit Wirkung ab dem 1. Juli 1993 eine ausserordentliche halbe Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 40 % (vgl. die Verfügung der Ausgleichskasse Schwyz vom 5. Mai 1994 [Urk. 12/1 /3-4 ]). Zuzufolge Wohnsitzwechsels der Versicherten am 1. April 1995 (Urk. 12/9/2) war in der Folge die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zuständig (Urk. 1 2/3). Mit Inkrafttreten der 10. AHV-Revision wurde die Rente per 1. Januar 1997 aufgehoben (Urk. 12/7). Die Versicherte, welche ihre

Lehrer- und Verkäuferausbildung abgebrochen hatte (Urk. 12/70/35),

arbeitete ab 1996 im sozialen Bereich (insbesondere Familienberatung und -betreuung) und bildete sich fortlaufend weiter. Nebenbei arbeitete sie ab 2009 (gemäss Auszug aus dem individuellen Konto) in der Wintersaison zusätzlich als Aushilfs-Skilehrerin (vgl. Urk. 12/24 und Urk. 12/35). Nachdem ihr die langjährige Stelle als Familienberaterin gekündigt worden war (Urk. 12/27/11-12), arbeitete sie ab dem 1. Juli 2012 als Behindertenbetreuerin (Urk. 12/40). Am 10. Juli 2013 (Eingangsdatum) meldete sie sich bei der IV-Stelle Zürich unter Hinweis auf eine Diskushernie L4/5 mit Wurzelkompression L5 rechts

zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 12/28). Die IV-Stelle tätigte beruflich-erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und zog die Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 12/32, Urk. 12/45, Urk. 12/47-49). Am 24. Januar 2014 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass gemäss Abklärungen zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 12/42). Am 30. Dezember 2014 veranlasste sie eine interdisziplinäre (Neurologie/Orthopädie) Untersuchung (Urk. 12/66). Prof. Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, erstatteten das Gutachten am 14. April 2015 (Urk. 12/70). Am 17. Juni 2015 (Urk. 12/71) veranlasste die IV-Stelle eine Haushaltsabklärung, welche am 14. Juli 2015 bei der Versicherten zu Hause durchgeführt wurde und eine Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt von 20 % ergab (Urk. 12/73). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 3. August 2015 [Urk. 12/76]; Einwand vom 4. September 2015 [Urk. 12/81]) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten mit Verfügung vom 5. Oktober 2015 ab (Urk. 2 [= Urk. 12/84]).

### 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**

mit Hinweisen) eine 100%ige Arbeitstätigkeit in einer angepassten Tätigkeit zumutbar ist. Zu berücksichtigen ist das von den Gutachtern erstellte Belastungsprofil (E. 3.1) .

Bei der langjährigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin beim I. \_\_\_ von 2002 bis 2012 handelte es sich um eine Tätigkeit im sozialen Bereich (vgl. Lebenslauf [Urk. 12/24/1] mit dem folgenden Beschrieb: Beratung für Familien, Betreuerin mit Zusatzqualifikation Bereich HSA in folgenden Bereichen: Planung und Durchführung von Events für Familien, Betreuung von Familien in organisatorischen Bereichen, Organisieren von Freizeitaktivitäten für Kinder, Gassenarbeit an Brennpunkten, Führung/Abrechnung der mtl. Kassenbelege/Buchhaltung), welche als angepasste Tätigkeit zu betrachten ist. 5. 5.1

Die Beschwerdeführerin ist als Teilzeiterwerbstätige mit einer Aufteilung im Erwerbs- und Haushaltbereich von 65% bzw. 35% zu qualifizieren (vgl. den Abklärungsbericht vom 30. Juli 2015 [Urk. 12/73]) . Dies wurde denn auch nicht bestritten. Demgemäss kommt zur Bemessung des Invaliditätsgrades die gemischte Methode (E. 1.2.2) zur Anwendung, welche mit Urteil der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 2. Februar 2016 (7186/09) nicht grundsätzlich in Frage gestellt wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_28/2016 vom 25. April 2016 E. 5.1 f.), sondern bloss im Zusammenhang mit der Rentenaufhebung bei einer Versicherten, bei welcher davon ausgegangen wurde, sie würde ohne gesundheitliche Einschränkungen nach der Geburt ihrer Kinder nur noch teilweise erwerbstätig sein. 5.2

Die Vorbringen der Beschwerdeführerin betreffend den Abklärungsbericht vom 30. Juli 2015 gehen fehl . Bei einer Aufteilung Erwerbsbereich/Haushaltbereich von 65%/35% und einer Einschränkung von 20 % im Tätigkeitsbereich Haushalt ist nicht ersichtlich, inwiefern der Beschwerdeführerin die vorhandene Zeit – auch unter Berücksichtigung von notwendigen Pausen – nicht ausreichen sollte, um die Aufgaben im Haushalt bewältigen zu können. Angesichts der nachvollziehbaren gutachterlichen medizinischen Beurteilung ist sodann nicht zu sehen , weshalb eine 20%ige Einschränkung im Haushaltbereich nicht bereits ab dem 1. Januar 2014 (frühester Rentenbeginn) hätte gelten sollen .

Nach dem Gesagten ergibt sich bei einer Aufteilung der Tätigkeiten Erwerb und Haushalt von 65%/35% und einer 20%igen Einschränkung im Tätigkeitsbereich Haushalt ein Teilinvaliditätsgrad im Haushaltbereich von 7 % (35 % x 20 %). 5.3

#### 5.3.1

Aus den Unterlagen ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2013 bei der am 1. Juli 2012 neu angetretenen Stelle als Behindertenbetreuerin ein jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 48'549.15 in einem 60%-Pensum verdient hätte (vgl. den Arbeitgeberbericht vom 17. Januar 2014 [Urk. 12/40]). Diese Tätigkeit ist ihr jedoch nicht mehr zumutbar. Dasselbe gilt für die Tätigkeit als Skilehrerin, bei welcher die Beschwerdeführerin in den Jahren 2009-2012 ein durchschnittliches Jahreseinkommen von Fr. 2'272.-- (2009: Fr. 4'738.--, 2010: Fr. 2'199.--, 2011: Fr. 585.--, 2012: Fr. 1'899.-- [Urk. 12/35/1]) erzielt hatte. 5.3.2

Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Index stand 2648 [2013] auf 2673 [2014]), vgl. Bundesamt für Statistik, Arbeitsmarktindikatoren 2016, T

35 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976–2015, Nominallöhne Frauen) resultiert im Jahr 2014

als Behindertenbetreuerin

in einem 60%-Pensum ein Jahreseinkommen von Fr. 49'008.--

(Fr. 48'549.15 : 2648 x 2673). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Index stand 2552 [2009], 2579 [2010], 2604 [2011], 2630 [2012] auf 2673 [2014]), vgl. Bundesamt für Statistik, Arbeitsmarktindikatoren 2016, T

35 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976–2015, Nominallöhne Frauen) resultiert im Jahr 2014

als Skilehrerin in einem circa 5%-Pensum ein Jahreseinkommen von Fr. 2'443.-- (Durchschnittswert aus Fr. 4'962.65, Fr. 2'279.15, Fr. 600.50 und Fr. 1'930.05). Das Valideneinkommen beträgt somit Fr. 51'451.--. 5.3.3

Die Beschwerdeführerin war – vor ihrer Tätigkeit als Behindertenbetreuerin – während langer Jahre als Familienbetreuerin tätig. Diese Tätigkeit ist als angepasst zu betrachten (vgl. E. 4.8). Da ihr diese Stelle allerdings per 31. Juli 2012 aus betrieblichen Gründen (Strukturwandel) gekündigt worden war (Urk. 12/27/11-12), sind zur Ermittlung des Invalideneinkommens die statistischen Werte der LSE 2012 heranzuziehen, und es

ist auf das standardisierte monatliche Einkommen für Hilfstätigkeiten im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen (LSE 2012, S. 35, Tabelle TA1, Ziff. 86-88, Kompetenzniveau 1, Frauen) von Fr. 4'610.-- abzustellen. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41,5 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, 2004-2015, Q 86-88) sowie der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2014 (Indexstand 2630 [2012] auf 2673 [2014]), vgl. Bundesamt für Statistik, Arbeitsmarktindikatoren 2016, T

35 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976–2015, Nominallöhne Frauen) ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 65% ein Invalideneinkommen von Fr. 37'916.-- (Fr. 4'610.-- : 40 x 41,5 x 12 x 0.65 : 2630 x 2673). 5.3.4

Die aus dem Einkommensvergleich resultierende Erwerbseinbusse beträgt demnach Fr.

### **E. 1.2.1**

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

### **E. 1.2.2**

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, 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.

### **E. 1.3**

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

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

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

### **E. 1.4**

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).

### **E. 1.5**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen

nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; 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.).

### **E. 1.6**

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen). 2.

### **E. 2**

IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen ( Art. 28a Abs.

#### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin (Urk. 2) , seit Dezember 2012 sei die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Die Abklärungen hätten ergeben, dass sie ohne Gesundheitsschaden weiterhin ihrer Tätigkeit als Betreuerin sowie Skilehrerin zu einem Pensum von insgesamt 65 % nachgehen würde. Die restlichen 35 % entfielen in den Aufgabenbereich Haushalt. Ohne Gesundheitsschaden könnte die Beschwerdeführerin in einem 65%-Pensum ein Jahreseinkommen von Fr. 51'145.65 erzielen. Eine angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin weiterhin uneingeschränkt zumutbar. Sie könnte daher noch Fr. 38'808.10 pro Jahr verdienen. In Anwendung der gemischten Methode resultiere ein Invaliditätsgrad von 23 %, womit kein Rentenanspruch entstehe.

#### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin zusammengefasst geltend (Urk. 1 S. 4 f. ), die Annahme der Gutachter, sie sei sechs Monate nach der Operation arbeitsfähig, entspreche nicht den medizinisch dokumentierten Tatsachen. Sie habe sich nämlich vom 23. September bis 12. Oktober 2013 in der E. \_\_\_ befunden und sei demzufolge zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Zweitens seien die Gutachter davon ausgegangen, dass die Operation sowie die postoperative Heilungs- und Aufbauphase optimal verlaufen seien. Dies sei jedoch nicht der Fall, denn die Beschwerdeführerin habe ein Rezidiv erlitten (erneuter Riss des Anulus

fibrosus sowie damit einhergehende Nervenwurzeleinengung). Zudem wirke sich die vorbestehende Skoliose auf das Operationsresultat ungünstig aus, eigentlich sei es eine Kontraindikation für die durchgeführte Operation. Dies hätten die Gutachter überhaupt nicht berücksichtigt. Dazu komme, dass nach der Operation die LWS der Beschwerdeführerin instabil geworden sei. Dies sei ebenfalls eine medizinische Erfahrungstatsache, welche von den Operateuren gerne ausgeblendet werde. Nach dem Eingriff sei denn auch eine neue Diskusprotrusion auf einer höheren Etage, nämlich auf Höhe L3, aufgetreten. Die Operation habe somit lediglich vorübergehend eine kurze Besserung, langfristig aber sogar eher eine Verschlechterung der Situation gebracht. Im Übrigen habe die Krankentaggeldversicherung während 730 Tagen Taggeldleistungen erbracht. Es sei ferner nicht nachvollziehbar, weshalb bei der Auswahl der pluridisziplinären Gutachterstellen das Zufallsprinzip gelten sollte, bei den mono- und bisdisziplinären jedoch nicht. Die im September 2013 im B.\_\_\_\_ gemachte dynamische Myelographie zeige einen Kontakt zur Nervenwurzel L 5. Auf S. 89 behaupte der Gutachter jedoch, dass

keine Neurokompression vorliege. Die beiden Gutachter hätten es auch nicht für notwendig erachtet, eine aktuelle

bildgebende Untersuchung durchzuführen, um ihre gegenteiligen Aussagen objektiv zu belegen und den

aktuellen Zustand im März 2015 objektiv zu beurteilen. Der Gutachter erwähne, dass bei der Beschwerdeführerin anlässlich der gutachterlichen Untersuchung eindeutig neuroradikuläre Symptome feststellbar seien, er meine jedoch lapidar, dass diese Symptome therapierbar seien und dadurch eine Beschwerdereduktion erreicht werden könne. Tatsache sei aber, dass die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt bereits während 2 Jahren therapiert worden sei und dennoch keine massgebliche Beschwerdebesserung eingetreten sei. Interessant sei auch, dass sich der Neurologe mit psychiatrischen Befunden auseinandersetze, welche erstens nicht in den Akten dokumentiert seien und zweitens überhaupt nicht seinem Fachgebiet entsprächen. Es gebe keinerlei Anhaltspunkte für psychische Beschwerden oder eine von den Gutachtern und den IV-Stellen so gerne herbeigeredete Schmerzverarbeitungsstörung. Die Beschwerdeführerin brachte weiter vor (Urk. 1 S. 5 f.), der orthopädische Gutachter widerspreche sich selbst, wenn er im März 2015 meine, es sei nun ein schrittweiser Ausbau des Arbeitspensums zu empfehlen, obwohl er die Beschwerdeführerin bereits seit dem 20. September 2013 als zu 100

% arbeitsfähig erachte. Unter dem Begriff „mittelfristig“ seien 6-12 Monate zu verstehen, was bedeute, dass die Beschwerdeführerin selbst unter Berücksichtigung der gutachterlichen Beurteilung frühestens ab September 2015 resp. ab Dezember 2015 zumindest teilweise arbeitsfähig wäre. Im Gutachten werde die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht begründet. Dieses genüge den bundesgerichtlichen Beweisanforderungen nicht und habe daher keinen Beweiswert. Die Beschwerdeführerin bemängelt sodann (Urk. 1 S. 7), dass die Haushaltabklärung keine verlässlichen Angaben für die zurückliegenden Jahre 2013 und 2014 liefern könne. Die aktuellen Einschränkungen seien in Anbetracht der von den Fachärzten festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit ebenfalls nicht ganz nachvollziehbar, gerade im Hinblick auf die bestehende Poly- und Rizarthrose. Da die Beschwerdeführerin zudem 65% arbeiten würde, hätte sie nicht so viel Zeit für den Haushalt zur Verfügung und könnte auch nicht die im Haushaltbericht erwähnten notwendigen Pausen machen, um die Aufgaben im Haushalt überhaupt bewältigen zu

können. Dazu würde ihr die Zeit fehlen, hätte sie ja bloss 35% der Zeit zur Verfügung. Dies sei bei der Abklärung gänzlich unberücksichtigt geblieben. Und gerade die Tatsache, dass sie Pausen einlegen müsse, zeige ja, dass sie im Haushalt ebenfalls massgeblich eingeschränkt sei. In der angefochtenen Verfügung gehe die Beschwerdegegnerin zudem mit keinem Wort darauf ein, weshalb sie trotz angeblich seit September 2013 bestehender 100%iger Arbeitsfähigkeit keine beruflichen Massnahmen durchgeführt habe. Die Beschwerdegegnerin habe zu keinem Zeitpunkt geprüft, ob berufliche Massnahmen in Frage kämen. Sollte dem Gutachten trotz vorhandener offensichtlicher Widersprüche voller Beweiswert zuerkannt werden, so seien von der Beschwerdegegnerin sicherlich berufliche Massnahmen durchzuführen. 3.

### **E. 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. 3.1**

Im bidisziplinären Gutachten von Prof. Z. \_\_\_ und Dr. A. \_\_\_ vom 14. April 2015 wurden aus neurologisch-orthopädischer Sicht die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (Urk. 12/70/2):

- Status nach Mikrodiskektomie L4/5 vom 19.3.2013 mit minimalen motorischen Ausfallerscheinungen und neuropathischem Restsymptom, unzureichend therapiert, und Lumbalgie bei generalisierter Facettengelenksarthrose und stattgehabter Diskektomie L4/5 bei kernspintomographisch nachgewiesener medio-lateraler Diskusprotrusion im Segment L3/4 rechts ohne Bewegungslimitierung; ICD-10 M54.07 - Polyarthrose beidseits mit Betonung der End- und Grundgelenke von Klein- und Zeigefinger; ICD-10 M15.1 - Rhizarthrose beidseits; ICD-10 M18.0 Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden aufgeführt (Urk. 12/70/2): - Cervicocephalgie mit Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance ohne massgebliche Bewegungslimitierung; ICD-10 M54.02 - Blockade des rechten Ileosakralgelenkes; ICD-10 M54.10 - MR-tomographischer Nachweis eines Diskusbulging L3/4 rechts ohne Nachweis einer neurologischen Ausfallsymptomatik - Muskulärer Hartspanncervical ohne neurologische Ausfallerscheinungen - Migräne ohne Aura Die Gutachter kamen zum Schluss (Urk. 12/70/3), aus neurologisch-orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der mechanischen Funktion ihrer Lendenwirbelsäule sowie der vor genannten Fingergelenke limitiert. Im Sinne eines negativen Leistungsbildes wurden folgende Leistungseinschränkungen in qualitativer Hinsicht aufgeführt: - Schwerst- und Schwerarbeiten - Ständige mittelschwere Arbeiten - Tätigkeiten in Zwangshaltungen mit Haltungskonstanz - Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 15 kg ohne technische

Hilfsmittel - Arbeiten unter ständiger Rumpfvorbeugung - Ständiges Heben von Lasten über die Horizontale ( Hyperlordosierung der LWS sowie der BWS) - Ständiges, repetitives Bücken - Ständiges Besteigen von Leitern, Gerüsten und schrägen Ebenen - Erhöhte Vibrationsbelastung des Achsenorgans - Tätigkeiten mit erhöhtem intraabdominellem /thorakalem Druck - Tätigkeit mit erhöhter manueller Kraftausübung - Tätigkeiten mit Tangentialbewegungen Weiter hielten die Gutachter fest (Urk. 12/70/ 3 ) , für das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg seien technische Hilfsmittel erforderlich. Das negative Leistungprofil sei mit demjenigen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (schweres Heben erforderlich) und der Tätigkeit als Skilehrerin nicht vereinbar. Diese Einschätzung gelte seit dem 8. Dezember 2012 (erster Fehltag infolge der Bandscheibenproblematik ). Das positive Leistungsbild wurde wie folgt beschrieben: Unter Wahrung der genannten qualitativen Schonkriterien bestehe für eine behinderungsangepasste, wechselnd belastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne vermehrte manuelle Kraftanwendung aus orthopädisch-versicherungsmmedizinischer Sicht bezogen auf ein volles Schichtpensum eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 12/70/3). Es bestehe eine postoperative Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten leichten Tätigkeit für längstens 6

Monate. In einer adaptierten Tätigkeit entsprechend dem genannten Profil sei die Beschwerdeführerin daher spätestens ab dem 20. September 2013 bezogen auf ein 100%iges Arbeitspensum uneingeschränkt arbeitsfähig.

### **E. 3.2**

Der begutachtende Neurologe führte in seiner zusammenfassenden Beurteilung aus (Urk. 12/70/44 f.) , bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine 52 jährige Schweizerin, die in ihrem Leben multiplen psychischen Traumatisierungen ausgesetzt gewesen sei und eine auffällige psychiatrische neurosen biografische Anamnese habe. Sie sei als Kind Fahrender zunächst bei ihren Urgrosseltern im Zürcher Oberland aufgewachsen. Im Alter von sechs Jahren sei sie erstmals fremdplaziert worden. Im Alter von sieben Jahren sei sie erstmals aus dem Heim weggelaufen wegen körperlicher Misshandlungen. Ab dem 10. Lebensjahr sei sie in einem Heim für schwererziehbare Kinder untergebracht worden. Als Jugendliche solle sie psychiatrisch in einer

F.\_\_\_\_ untersucht worden sein, wobei nach ihren eigenen Angaben eine Legasthenie und ein POS diagnostiziert worden seien (Anmerkung des Gutachters: es fänden sich keine Unterlagen im IV-Dossier). Im Alter von 18

Jahren sei die Beschwerdeführerin erstmals schwanger geworden, mittlerweile sei sie dreifache Mutter (zwei Söhne und eine Tochter; vgl. Urk. 12/70/35) . Der jüngere Sohn sei 1991 im Rahmen einer Hundebissattacke sehr schwer verletzt worden und sei heute mit einer spastischen Hemiparese invalide. Hiernach sei die Beschwerdeführerin drogenabhängig (Heroin und Cocain

i.v. ) geworden und habe nach zwei Jahren in Rumänien eine Entzugsbehandlung gemacht. Seither sei sie clean. Trotz der aussergewöhnlich schweren psychischen Belastungen, die unverständlicherweise in keinem einzigen Arztbericht im IV-Dossier erwähnt würden, habe die Beschwerdeführerin bisher dennoch erfolgreich ihr Leben bestritten. Ihre Lehre zur Verkäuferin habe sie zwar infolge ihrer ersten Schwangerschaft abgebrochen. Sie habe aber während 19 Jahren als Streetworkerin und dann als Betreuerin schwerbehinderter Menschen gearbeitet. Prof. Z.\_\_\_\_ führte weiter aus, die neurologische Vorgeschichte der Beschwerdeführerin sei bland . Erstmals sei es im Jahre 2010 zu episodischen

Rückenschmerzen gekommen. Am 12. Dezember 2012 sei es dann zu akuten rechtsseitigen Lumboischialgien gekommen, die mit Schmerzen im Bereich des vorderen lateralen Oberschenkels, des lateralen Unterschenkels entlang des L5 Dermatoms persistiert hätten. In einem Nativ MRI der LWS vom 11. Januar 2013 hätten sich Bandscheibenveränderungen mit einer Hernie in der Höhe L4/5 rechtsseitig mit Verlagerung der recessalen Wurzel ohne Kompressionszeichen gezeigt. Am 19. März 2013 habe Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ eine mikrochirurgische Operation mit Nervenwurzel- und Diskusdekompression L4/5 rechts vorgenommen. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Die Beschwerdeführerin sei anschliessend im Zeitraum vom 19. bis 23. März 2013 im H.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen bei persistierendem radikulärem Reiz- und sensorischem Ausfallssyndrom L5 rechts. Am 10. Mai 2013 habe der Operateur von einer Konsultation der Beschwerdeführerin berichtet, die angegeben habe, dass sich der Rücken- und Beinschmerz um ca. 70% im Vergleich zum Zustand vor der Operation gebessert habe. Sie habe von einem anhaltenden Taubheitsgefühl am lateralen Unterschenkel und am Fussrücken berichtet. Des Weiteren habe sie ein giving-way Phänomen rechts beschrieben. Im Befund werde ein FBA von 30 cm angegeben ohne muskuläre Ausfälle bei Sensibilitätsstörung entlang des L5 -Dermatoms rechts. Im Bericht vom 25. August 2013 habe die Rheumatologin Dr. C.\_\_\_\_ einen lumbalen Rückenschaden L3 (L4) rechts bei St. nach Mikrodiskotomie L4/5 am 19. März 2013 und möglichem Rezidiv L5 diagnostiziert. Diese Diagnose sei auf ein Kontroll-MRT vom 28. August 2013 abgestützt worden, welches infolge einer Quadricepschwäche rechts veranlasst worden sei und eine Restvorwölbung des Diskus L4/5 mit neuem Anulus

fibrosus

Riss dorsal mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 beschrieben habe. In ihrem Verlaufsbericht vom 12. November 2014 habe die Rheumatologin Dr. C.\_\_\_\_

neu

ein zervikocephales und zervikospondylogenes Syndrom rechts betont bei

deutlich verminderter HWS Beweglichkeit und Migräneattacken diagnostiziert (Urk. 12/70/45). Sodann führte Prof. Z.\_\_\_\_ aus (Urk. 12/70/46 f.), beim heutigen Untersuchung habe die Versicherte die postoperativen MR Bilder vom 28. August 2013 dabei gehabt, welche von ihm hätten gesichtet werden können. Hierauf sei zu erkennen, dass es zwar zu einer zirkulären Bandscheibenprotrusion gekommen sei, welche Kontakt zu beiden LS-Wurzeln erhalten habe, jedoch ohne diese zu komprimieren oder zu verlagern. Der verbleibende rezessale Raum sei bsd. gering. Der Spinalkanal selbst sei ausreichend weit ohne Hinweis auf eine Stenosierung. In den anderen Höhen ergäben sich keine Wurzelkompressionsphänomene. Bei der klinisch neurologischen Untersuchung hätten sich die MER seitengleich mittellebhaft bis lebhaft auslösen lassen. Er könne nicht bestätigen, dass der PSR rechts ausgefallen sei, wie von der Rheumatologin Dr. C.\_\_\_\_ in ihrem IV-Verlaufsbericht vom 12. November 2014 dokumentiert. Auch bei der Untersuchung der Einzelkraft lasse sich zwar eine schmerzbedingte Minderinnervation der Kniestreckung feststellen, jedoch – wenn man die Beschwerdeführerin bitte, die Schmerzgrenze zu überschreiten – sei bei wiederholter Untersuchung keine motorische Ausfallerscheinung in der Quadricepsmuskulatur

bd. feststellbar. Auch sei nur eine minime Restschwäche in der Grossschienbeinhebung

re . (4-5/5) bei der isolierten Kraftprüfung nachweisbar. Das funktionelle Gangbild sei ohne Hinweis auf Paresen. Ein giving

way Phänomen mit Einknicken des rechten Kniegelenkes habe hier nicht beobachtet werden können, sei jedoch im Sinne einer Wurzelreizsymptomatik nicht vollends auszu-schliessen. Zusammenfassend bestehe ein Status nach Mikrodiskotomie L4/5 am 19. März 2013 mit Verdacht auf Wurzelreizsyndrom L5 re . und klinisch-neurologischen Zeichen einer

Wurzelschädigung L5 mit neuropathischem Schmerz. So finde sich am rechten Bein ein auffälliger Sensibilitätsbefund mit einer Allodynie , die sich im

Kniebereich und ventralen Unterschenkel nachweisen lasse . Diese Allodynie projiziere nicht sicher auf ein Dermatom . Jedoch komme es bei

neuropathischen Schmerzen häufig zum Überschreiten der radikulären

Grenzen infolge des wind-up Phänomens, d.h. der Rekrutierung von wide

damage Neuronen. Die bestehenden sensiblen Plusssymptome seien als neuropathisches Syndrom bei Status nach

Bandscheibenoperation vom 19. März 2013

diagnostisch einzuordnen. Diese Störung sei therapierbar. Zum einen erhalte die Beschwerdeführerin bereits Lyrica , zum anderen empfehle er die Behandlung mit

einem Qutenza -Pflaster ( Capsaicin ). Hierdurch sollten sich die Beschwerden deutlich minimieren lassen . Bezüglich des von der Rheumatologin C.\_\_\_\_ diagnostizierten zervikozephalen und zervikospondylogenen Syndroms rechtsbetont sei neurologischerseits kein Hinweis auf ein radikuläres Syndrom oder eine zervikale Myelopathie festzustellen. Es handle sich um ein myofaszielles Problem, zu welchem sich der orthopädische Co-Autor Dr. med. A.\_\_\_\_ äussern werde. Die von der Rheumatologin diagnostizierte Migräne sei phä-nomenologisch aus neurologischer Sicht auf der Grundlage der IHS Klassifikation als Migräne ohne Aura mit seltenem Auftreten einzuordnen. Sie könne zu vereinzelt Fehltagen führen, sei jedoch mit einem Triptan gut behandelbar und habe bezüglich der mittel- und langfristigen Arbeitsfähigkeit keine Auswirkungen.

### **E. 3.3**

Dr. A.\_\_\_\_ hielt in seiner zusammenfassenden Beurteilung im Wesentlichen fest (Urk. 12/70/140) , die behandelnde Rheumatologin Dr. C.\_\_\_\_ habe der Beschwerdeführerin attestiert, sie sei praktisch nicht mehr

arbeitsfähig, auch in bestmöglicher Tätigkeit nicht. Prognostisch sei im Grossen

und Ganzen mit einer Verschlechterung über die nächsten Jahre zu rechnen. Die diesbezügliche medizinische Begründung bleibe

Dr. C.\_\_\_\_ jedoch schuldig. In ihrem

eingereichten Untersuchungsbericht gebe sie mehr oder weniger die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden wieder, jedoch ohne diese mit klinischen, rheumatologischen/orthopädischen Befunden zu untermauern.

Nach Studium des vorliegenden IV-Dossiers, der vorliegenden Bildgebung sowie insbesondere aufgrund der heutigen klinischen orthopädischen Untersuchung könne die versicherungsmedizinische Einschätzung der beschwerdeführenden Rheumatologin Dr. C. \_\_\_ in keiner Weise nachvollzogen werden. Des Weiteren führte Dr. A. \_\_\_ aus (Urk. 12/70/143), das von der Beschwerdeführerin geschilderte Instabilitätsgefühl im Bereich des rechten Oberschenkels sowie des rechten Kniegelenkes könne nach eingehender orthopädisch-chirurgischer Untersuchung nicht objektiviert werden und sei aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar. Im Rahmen der heutigen gutachtlichen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin die am 28. August 2013

angefertigten kernspintomographischen Aufnahmen der Lendenwirbelsäule mitgebracht.

Auf diesen postoperativen Aufnahmen sei zu erkennen, dass es zwar zu einer

zirkulären Bandscheibenprotrusion gekommen sei mit Kontakt zu den beiden Nervenwurzeln L5,

jedoch ohne diese zu komprimieren oder zu verlagern. Der recessale Raum sei beidseits gering. Der Spinalkanal selbst sei

aber ausreichend weit, ohne Hinweis auf eine

massgebliche Einengung des Spinalkanals. Insgesamt liess es sich bei der Beschwerdeführerin bis auf die genannten arthrotischen

Veränderungen der Fingergelenke bei bestehender Polyarthrose sowie die genannten degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule keine

Einschränkungen auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet objektivieren.

Dr. A. \_\_\_ kam zum Schluss (Urk. 12/70/145 -147), in ihrer als körperlich schwer einzustufenden zuletzt ausgeübten hauptberuflichen Tätigkeit als Behindertenbetreuerin sowie ihrer nebenberuflichen Tätigkeit als Skilehrerin in der Wintersaison sei die Beschwerdeführerin seit Antragstellung nicht mehr arbeitsfähig. Postoperativ nach dem Eingriff von Prof. G. \_\_\_ am 19. März 2013 habe eine Arbeitsunfähigkeit von längstens 6 Monaten bestanden, sodass die Beschwerdeführerin spätestens ab dem 20. September 2013 bezogen auf ein Pensum von 100% uneingeschränkt arbeitsfähig sei. In IV-relevantem Sinne empfehle er der Beschwerdeführerin eine Medizinische Trainingstherapie zur Kräftigung und Stärkung der autochthonen lumbalen Rückenmuskulatur. Begleitend sollte eine leitliniengerechte adäquate Schmerztherapie erfolgen. Unter dem Titel „Hinweise zur beruflichen Wiedereingliederung“ führte der Gutachter schliesslich aus,

aus orthopädisch-chirurgischer Sicht sei eine sukzessive Integration in das Arbeitsleben in adaptierter Tätigkeit mit einem schrittweisen Ausbau des Arbeitspensums zu empfehlen. Unter Hilfestellung und Unterstützung sollte mittelfristig ein Arbeitspensum von 100% realisierbar sein. 4. 4.1

Das umfangreiche und äusserst detaillierte interdisziplinäre Gutachten vom 14. April 2015 (Urk. 12/70) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.5). So tätigten die Gutachter sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den

Vorakten . Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu. 4.2

Der Umstand, dass die Vergabe des interdisziplinären Gutachtens

vom 14. April 2015 nicht nach dem Zufallsprinzip erfolgte ,

ändert an dessen Beweiswert nichts . Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte

die Grundsätze der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (Urteil 9C\_207/2012 des Bundesgerichts vom 3. Juli 2013 E. 5.3 f.) zur Vergabe von mono- bzw. interdisziplinären Gutachten; nach diesen Grundsätzen gelangt das Zufallsprinzip nicht zur Anwendung . Die Beschwerdegegnerin

gab der Beschwerdeführerin mit Mitteilung vom 30. Dezember 2014 die Namen der Sachverständigen mit jeweiligem Facharzt titel

bekannt (Urk. 12/66) und räumte ihr damit die Möglichkeit (materieller oder formeller) personenbezogener Einwendungen ein .

Da die Beschwerdeführerin innert der ihr angesetzten Frist keine Einwendungen gegen die Gutachter vorgebracht hatte, ist vorliegend nicht weiter auf die im Beschwerdeverfahren vorgebrachten pauschalen Vorwürfe

einer Unvoreingenommenheit derselben einzugehen . Das Gutachten lässt jedenfalls keine Rückschlüsse auf eine Unvoreingenommenheit

der Gutachter zu. 4.3

Die Gutachter legten nach umfassender Untersuchung der Beschwerdeführerin einlässlich dar, weshalb sie von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ab dem 20. September 2013 ausgingen ( Urk. 12/70/41-50 bzw. E. 3.2 und Urk.

12/70/107-151 bzw. E. 3.3 ). Sie äusserten sich auch ausdrücklich zum Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 25. August 2013 und erklärten, weshalb sie deren Einschätzung nicht teilen konnten. Weshalb an dieser gutachterlichen Einschätzung , welche

sowohl klinisch als auch röntgenologisch begründet wurde, zu zweifeln sein sollte, konnte die Beschwerdeführerin denn auch nicht nachvollziehbar darlegen. Vielmehr musste sie selbst einräumen , dass der Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ eine ausführliche medizinische Begründung fehle ( Urk. 1 S. 6 unten) . Die Einschätzung der Gutachter erscheint sodann auch vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. A.\_\_\_\_ angegeben hatte, täglich 3 bis 4 Stunden mit ihrem Hund spazierenzugehen und 3 bis 4x

pro Woche in einem Fitnessstudio zu trainieren ( Urk. 12/70/103), sowie angesichts des Umstands, dass sie die Anreise zur Begutachtung bei Dr. A.\_\_\_\_ mit demselben PKW und bei einer Fahrzeit von circa 1 Stunde als nicht belastend empfunden hatte und während der circa 60-minütigen Anamneseerhebung in ruhiger Sitzposition ohne schmerzbedingte Gewichtsverlagerung auf dem Sprechzimmersessel verharrt hatte (Urk. 12/70/112), durchaus nachvollziehbar. 4.4

Dass die Gutachter auf neue bildgebende Abklärungen verzichteten, ist angesichts der bereits vorhandenen MRI-Bilder vom 28. August 2013 der LWS (vgl. Urk. 12/70/129) und des Myelo-CT der LWS vom 12. September 2013 (Urk. 12/70/130) sowie des von den Gutachtern am 20. März 2015 erhobenen klinischen Befunds nicht zu beanstanden. Im

Übrigen lässt sich dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht vom 7. Oktober 2015 ( Urk. 8/1) des B.\_\_\_\_ über das gleichentags durchgeführte MRI der HWS nicht entnehmen, was die Einschätzung der Gutachter entkräften könnte . 4.5

Die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte des B.\_\_\_\_ vom 27. November 2015 ( Urk. 8/2), von Dr. C.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2015 ( Urk. 8/3) sowie von Prof. D.\_\_\_\_ vom 26. Januar 2016 ( Urk. 15) betreffen sodann einen Sachverhalt nach Verfügungserlass (vgl. E. 1.6) und vermögen damit weder an der Beweiskraft des Gutachten s

etwas zu ändern noch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor Verfügungserlass nachzuweisen. Ob sich der Gesundheitszustand nach Verfügungserlass verschlechtert hat , ist vorliegend nicht zu beurteilen. Es ist aber immerhin darauf hinzuweisen, dass Prof. D.\_\_\_\_ die Hoffnung äusserte, dass den geeigneten konservativen und chirurgischen Möglichkeiten durchaus Erfolg beschwert sein könnte. 4.6

A us der Tatsache, dass die Krankentaggeldversicherung während 730 T agen Tag geldleistungen erbrachte, lässt sich nicht ableiten, die Beschwerdeführerin sei während dieser gesamten Zeit nicht arbeitsfähig gewesen. Den Akten lässt sich nicht entnehmen, dass die Krankentaggeldversicherung eine Begutachtung der Beschwerdeführerin veranlasst hätte. Vielmehr stützte sie sich allein a uf die Atteste der behandelnden Ärzte. Auch ändert der Aufenthalt der Beschwerde führerin in der E.\_\_\_\_ vom 23. September bis 12. Oktober 2013 (vgl. Urk. 12/45/7-8) nichts an der Nachvollziehbarkeit der gutachterli chen Beurteilung. Der Aufenthalt in der E.\_\_\_\_

hatte einen positiven Einfluss auf die Motorik und die Kraft im rechten Bein der Beschwerdeführerin, sodass sie bei Entlassung wieder längere Strecken gehen und Treppen steigen konnte. Auch liessen sich die Rumpfstabilität und die allge meine Körpermotorik positiv beeinflussen. Die vorbestehende Sensibilitätsstö rung blieb zwar bestehen, doch liess sich die Schmerzsymptomatik partiell reduzieren, sodass auch die Schmerzmedikation reduziert werden konnte (Urk. 12/45/8). Selbst wenn eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erst nach dem Aufenthalt in der E.\_\_\_\_ angenommen würde , änderte dies nichts am Ergebnis : Ein allfälliger Rentena nspruch ent stü nde ohnehin frühestens ab dem 1. Januar 2014, nachdem sich die Beschwerdeführerin am 10. Juli 2013 zum Leistungsbezug angemeldet hat (vgl. Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG). Bis zu diesem Zeitpunkt hätte aber auch ein schritt weiser Ausbau des Arbeitspensums ohne weiteres vonstatten gehen können, wie von Dr. A.\_\_\_\_ empfohlen (Urk. 12/70/147). Diesbezüglich ist anzumerken, dass seine Empfehlungen zur Wiedereingliederung nach faktischer Arbeitsabsenz nicht in Widerspruch zur grundsätzlichen Einschätzung der medizinisch-theo retischen Arbeitsfähigkeit stehen. 4.7

Des Weiteren erweist sich das Vorbringen der Beschwerdeführerin , der begut ach tende Neurologe habe sich in unzulässiger Weise mit psychiatr ischen Be funden auseinandergesetzt , als nicht schlüssig . Zum einen verfügt

Prof. Z.\_\_\_\_ nicht nur über einen Facharzttitel in Neurologie, sondern auch in Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. den Eintrag im Medizinalberuferegister ). Zu m anderen brachte die Beschwerdeführerin selbst zum Ausdruck , sie glaube, dass ihre Pro bleme zum Teil psychisch bedingt seien (Urk. 12/70/39 und Urk. 12/70/109). 4.8

Nach dem Gesagten ist auf das bisdisziplinäre

Gutachten vom 14. April 2015 (Urk. 12/70) abzustellen, womit erstellt ist, dass der Beschwerdeführerin spätestens ab dem 1. Januar 2014 (frühester Rentenbeginn) und bis zum Verfügungs erlass (5. Oktober 2015) bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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

#### **E. 13**

‘ 535 .-- ( Valideneinkommen von Fr. 51 ‘ 451 .-- abzüglich Invaliden einkommen von Fr. 37 ‘ 916. -- ), was einem Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich von gerundet 26 % entspricht. 5.3.5

Bei einer Aufteilung der Tätigkeiten Erwerb und Haushalt von 65% bzw. 35% und einer 26%igen Einschränkung im Tätigkeitsbereich Erwerb ergibt sich ein Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 16.9 % (65 % x 26 %). 5.4

Die Summe der Teilinvaliditätsgrade im Tätigkeitsbereich Haushalt von 7 % (E. 5.2) und im Tätigkeitsbereich Erwerb von 16.9 % (E. 5.3.5) beträgt gerundet 24 %, was dem Gesamt- Invaliditätsgrad entspricht. Da dieser die massgebliche Schwelle von 40 % nicht erreicht, besteht kein Rentenanspruch. 5.5

Da der Beschwerdeführerin die bisherige langjährige Tätigkeit im sozialen Bereich (insbesondere Familienbetreuung) , welche als angepasst zu betrachten ist (vgl. E. 4.8) , weiterhin zumutbar ist, sind auch keine beruflichen Mass nahmen durchzuführen. Eine Selbsteingliederung ist zumutbar. 6.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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 zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der

Rechtskraft) 4.

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

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

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

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