

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00065 vom 9. Februar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00065](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00065)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00065 du 9 février 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00065 del 9 febbraio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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

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

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

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. 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. 1.4**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen fest zu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erleiden, 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.).

In Bezug auf Berichte von Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen bzw. 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]). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte am 14. Januar 2016 – unter Beilage eines radiologischen Berichts (Urk. 3) – Beschwerde. Darin beantragte sie, ihr die gesetzlichen Leistungen bzw. eine Invalidenrente zuzusprechen sowie der IV-Stelle die Kosten der psychiatrischen Beurteilung der Klinik B. aufzuerlegen respektive diese im Rahmen der Parteientschädigung zu berücksichtigen (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 3. Februar 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). In der Folge zog das Sozialversicherungsgericht unter Mitwirkung der IV-Stelle (Urk. 9-13) drei Berichte des interdisziplinären Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des Univer

sitätsspitals C.\_\_\_\_ aus den Jahren 2013/2014 bei (Urk. 14) und gewährte den Parteien diesbezüglich das rechtliche Gehör (Urk. 15). Während die Beschwerdeführerin die Frist ungenutzt verstreichen liess, verzichtete die IV-Stelle mit Eingabe vom 29. November 2012 explizit auf eine Stellungnahme (Urk. 17). Am 17. Januar 2018 übermittelte die Beschwerdegegnerin dem Gericht fünf Berichte des Universitätsspitals C.\_\_\_\_, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen (Urk. 18 und 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, nach Ablauf des Wartjahres habe aufgrund der somatischen Beschwerden eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten bestanden. Die psychischen Beschwerden gelte es aus juristischer Sicht zu beurteilen. Diese seien einerseits durch psychosoziale Faktoren (z.B. Streitigkeiten mit den Schwiegereltern, Existenzängste) begründet und andererseits aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht erheblich genug. Die Prüfung der persönlichen Ressourcen habe nämlich ergeben, dass die Beschwerdeführerin eine sehr geregelte Tagesstruktur habe, wöchentlich regelmässig diverse Therapien wahrnehme und Spaziergänge in der Natur unternehmen. Bei den psychischen Beschwerden handle es sich somit nicht um einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Dem hielt die Beschwerdeführerin in der Beschwerde entgegen, gemäss Gutachten des A.\_\_\_\_ und Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ sei sie in einer dem körperlichen Leiden angepassten Tätigkeiten nur zu 50 % arbeitsfähig, weshalb die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit aktenwidrig sei. Zudem entfalle seit BGE 141 V 281 die Überwindbarkeitsvermutung. Es sei deshalb unzutreffend, dass Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant seien, die bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abgewendet werden könnten. Im Übrigen werde auf den radiologischen Bericht zum MRI der Halswirbelsäule vom 6. Dezember 2015 verwiesen (Urk. 1 S. 2 f.). 3. 3.1 3.1.1

Aus medizinischer Sicht basiert der angefochtene Entscheid auf dem interistischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Gutachten des A.\_\_\_\_, dessen Ergebnisse unter juristischen Gesichtspunkten geprüft wurden.

Unter dem Titel „Resultat der Konsenskonferenz“ wurde als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend zunächst ein chronisches Schmerzsyndrom betreffend das rechte Sprunggelenk bei einem Status nach OSG-Distorsion (Februar 2010) und mit residuellen Funktionseinschränkungen diagnostiziert, wobei klinisch und bildgebend kein Anhaltspunkt für ein Morbus Sudeck (CRPS) bestehe und sich keine fassbare klinische Grundlage für die Schmerzausbreitung auf Becken, Achsen skelett, Hinterhaupt und obere Extremitäten rechts finde. Als weitere Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10: F41.0) und eine dissoziative Störung (ICD-10: F44) genannt. Daneben wurden Diagnosen aufgelistet, denen keine Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde, vorab (1) ein rechts-betontes, generalisiertes, panvertebrales Schmerzsyndrom bei muskulärer Dysbalance, Osteochondrose L4/5 und intermittierenden Nackenschmerzen ohne radikuläre Reiz- und Ausfallsymptome, mit mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der Hals

wirbelsäule sowie (2) chronische unsystematische Schwindelbeschwerden mit Hemicranie und Bulbusschmerz rechts sowie atypischen Sehstörungen ohne objektiv fassbare hirnfokale Symptome, insbesondere ohne Nachweis einer ves ti bulären Läsion bzw. einer okulomotorischen Störung, Differenzialdiagnosen: dissoziative Störung oder vestibuläre Migräne (Urk. 7/68/52 f.). 3.1.2

Mit Blick auf die somatischen Beschwerden wurde in der gutachtlichen Konsensbeurteilung festgehalten, aufgrund der OSG-Problematik, insbesondere auf grund der subjektiv angegebenen Schmerzen und der eingeschränkten Beweglichkeit sei die (bisher ausgeübte) Tätigkeit als Parkettbodenverlegerin (vgl. dazu Urk. 7/68/24 und 7/68/29) eingeschränkt. Bei dieser Tätigkeit müsste die Beschwerdeführerin auf den Knien arbeiten, wobei die Sprunggelenke vermehrt belastet würden. Andere körperlich adaptierte, das Sprunggelenk nicht belastende Tätigkeiten seien ihr aber vollschichtig möglich.

Von neurologischer Seite würden sich im Status keine pathologischen Befunde feststellen lassen, welche die von der Beschwerdeführerin geklagten Symptome erklären würden. Diagnostisch sei von einem Status nach Migräne mit Aura auszugehen. Die vom C.\_\_\_\_ genannte Verdachtsdiagnose einer chronifizierten vestibulären Migräne könne in dieser Formulierung nicht übernommen werden. Insbesondere sei darauf hinzuweisen, dass weder peripher- noch zentral-vestibulär pathologische Befunde vorliegen würden. Im Vordergrund stünden Symptome wie Schwindel- und Gleichgewichtsprobleme sowie Druck im Kopf. Es sei anzunehmen, dass die Neurologen des C.\_\_\_\_ deshalb diese Formulierung gewählt hätten.

Zusammenfassend könnten das Ausmass und die Intensität der von der Beschwerdeführerin geklagten Symptomatik mit den somatischen Befunden nicht vollumfänglich erklärt werden. Die Schmerzen am Sprunggelenk könnten teilweise mit dem Status nach Bandläsion nachvollzogen werden, klinisch finde sich eine Bewegungseinschränkung als entsprechendes Korrelat für die stattgehabte Bandläsion. Radiologisch würden sich aber keine posttraumatischen, insbesondere degenerativen Veränderungen im Sinne einer posttraumatischen Arthrose finden. Die Schmerzausbreitung vom rechten Fuss bis auf die gesamte rechte Körperhälfte lasse sich rein organisch nicht erklären, eine zusätzliche, nicht-somatische Komponente müsse angenommen werden. Bezüglich der anderen geklagten Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, verschwommenes Sehen etc. habe ebenfalls kein organisches Korrelat festgestellt werden können. Auch diese Symptomatik müsse im Sinne einer unbewussten psychogenen Überlagerung gedeutet werden (Urk. 7/68/54 f.). 3.1.3

In der Konsensbeurteilung aus psychiatrischer Sicht ging man davon aus, dass eine Kombination von lebensgeschichtlichen Ereignissen mit einem aktuellen interfamiliären Konflikt zu einer Verschiebung und unbewussten Umwandlung in eine körperliche Symptomatik geführt habe. Diagnostisch sei von einer dissoziativen Störung auszugehen. Aktuell würden sich gemäss Mini ICF Einschränkungen in der psychischen Funktionsfähigkeit bezüglich Ausdauer und Konzentration sowie der Ausübung von Spontanaktivitäten und auch der Flexibilität sowie Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen finden. Aufgrund der subjektiv erlebten psychischen Symptomatik vermeide die Beschwerdeführerin ungewohnte Situationen, ziehe sich vermehrt in die häusliche Umgebung zurück und vermeide den Kontakt mit den auslösenden psychischen Konfliktsituationen. Insgesamt habe sich dabei ein massiv regrediertes Zustandsbild ergeben. Eigenanamnestisch habe die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung jedoch bereits

eine deutliche Verbesserung des Zustandsbildes ergeben. Aus diesen Gründen sei eine Weiterführung der aktuellen psychiatrischen Behandlung unbedingt zu empfehlen. Die Prognose sei vorsichtig als gut zu bezeichnen. Aufgrund des aktuell vorliegenden psychiatrischen Befundes inklusive Beurteilung im Mini ICF lasse sich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht begründen. Man gehe aktuell von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus, dies aufgrund einer vermehrten Erholungszeit und möglicher eingeschränkter Effizienz in der Durchführung der Aufgaben (Urk. 7/68/55). Gemäss Bericht vom 9. März 2011 habe der behandelnde Orthopäde eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 75 % erwartet. Dass es im Verlauf nicht zu dieser Steigerung gekommen sei, müsse vorwiegend psychischen Faktoren zugeschrieben werden (Urk. 7/68/55).

Ergänzend ist dem psychiatrischen Teilgutachten zusammengefasst zu entnehmen, subjektiv sei das starke Schwindelgefühl das Leitsymptom. Man gehe davon aus, es habe auf dem Boden von mehreren lebensgeschichtlichen Komponenten (Frühgeburt, Trennung von der Mutter im ersten Lebensjahr, lebensbedrohliche Erkrankungen in der Kindheit/Adoleszenz, Erkrankung des Bruders, subjektiv früher Tod der Eltern) eine Verschiebung der psychischen Symptomatik, die wohl am ehesten einer ausgeprägten Angst entspreche, auf die somato-vegetative Ebene stattgefunden. Dies entspreche in der deskriptiven Diagnostik nach ICD-10-Klassifikation am ehesten einer dissoziativen Störung. Bei dissoziativen Störungen handle es sich um einen teilweisen oder völligen Verlust der normalen Integration von Erinnerungen, Integritätsbewusstsein, unmittelbaren Empfindungen und eventuell auch Körperbewegungen. Die Beschwerdeführerin habe immer wieder Situationen durchgemacht, in denen ihr Leben real, in ihrer Vorstellung oder derjenigen ihrer Eltern, vital gefährdet gewesen sei. Auch heute scheine diese existenzielle Angst der auslösende Faktor für die Beschwerden zu sein. Aus der Erfahrung der körperlichen Versehrtheit mit Immobilität und protrahierter Heilung sei das Selbstwirkungskonzept der Beschwerdeführerin nachhaltig beeinträchtigt. Unbewusst könne sie die als notwendig erachtete Selbstfürsorge nur in Form von Krankheit einfordern. Gleichzeitig sei mit der Versehrtheit eine unbewusste Allmachtsfantasie begraben worden, zusätzlich untermauert durch den massiven innerfamiliären Konflikt, in dem die Beschwerdeführerin immer wieder in Frage gestellt werde und sich bewusst die Unterstützung ihres Ehemannes wünsche. Dieser erweise sich aber als zu schwach. Da der Konflikt in die Beziehung hineingetragen würde, wenn sich die Beschwerdeführerin darüber ärgern würde, harre sie in der Belastungssituation aus. Dies löse im Sinne einer unbewussten Reaktion zahlreiche Symptome wie Schwindel, Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen etc. aus. Der an sich banale Unfall habe die psychosomatische Fehlentwicklung in Gang gebracht. Im Verlauf habe sich die Schmerzsymptomatik auf die rechte Körperhälfte ausgeweitet und es sei zusätzlich eine Überlastungssymptomatik (Schwindel, Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Ängste etc.) aufgetreten. Das beschädigte Selbstbild habe ein regressives Zustandsbild ausgelöst. Die Beschwerdeführerin zeige jedoch Motivation und Willen, aktiv ihren Zustand zu ändern, wobei die Behandlung bereits zu Fortschritten geführt habe. Die Arbeit im angestammten Beruf sei jedoch nicht zuletzt auch aufgrund der familiären Konfliktsituation am Arbeitsplatz sehr belastend (Urk. 7/68/46 f.).

Zur im Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2014 (vgl. Urk. 7/68/61-63) diagnostizierten Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei chronifizierter vestibulärer Migräne wurde im psychiatrischen Teilgutachten ausgeführt, eine depressive

Störung könne in der aktuellen Untersuchung nicht bestätigt werden. Diese Diagnose sei auch in Frage zu stellen, weil anamnestisch kein akutes Belastungsereignis vorliege. So bestehe der familiäre Konflikt seit längerem, habe sich möglicherweise aber vor dem Ausbruch der Erkrankung ausgeweitet. Ausserdem sollten die Symptome nicht mehr als sechs Monate anhalten, würden vorliegend aber seit über einem Jahr andauern und seien nicht deutlich besser geworden. Im Bericht werde die Beschwerdeführerin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig beurteilt und die Prognose von der vestibulären Migränesymptomatik abhängig gemacht. In der aktuellen Untersuchung sehe man jedoch eine deutliche psychische Überlagerung, so dass die Prognose vorwiegend von der weiteren Entwicklung der psychiatrischen Problematik und diese wiederum von der Entwicklung bzw. Bewältigung der familiären Konfliktsituation abhängen (Urk. 7/68/48). 3.1.4

Zur Arbeitsfähigkeit schlussfolgerten die Gutachter, unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Aspekte sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Innendekorateurin zu 50 % eingeschränkt. So bestehe von orthopädischer Seite eine Einschränkung bei knienden Tätigkeiten mit Fehlbelastung der Fussgelenke, wie diese bei der Arbeit als Parkettbodenverlegerin (vgl. auch Urk. 7/31) typisch sei, weshalb man diesbezüglich ab Juni 2011 von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe. Im Vordergrund stünden aktuell indes die psychischen Faktoren, die seit April 2013 die somatische Problematik in den Hintergrund stellten. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich ab Gutachtensdatum eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % angeben. Gemäss Aktenlage werde die Beschwerdeführerin seit April 2013 zwar zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, was mit der psychiatrischen Problematik sowie der vom C. \_\_\_ beschriebenen Migräneproblematik begründet werde. Man zweifle diese „Migräneproblematik“ jedoch an und setze die Beschwerden in einen Zusammenhang mit der psychogenen Problematik (Urk. 7/59/56). Für sämtliche adaptierten, körperlich leichten, insbesondere nicht OSG-belastende Tätigkeiten gelte ab Gutachtensdatum eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 7/68/57).

Für die Zeit vor der Begutachtung sei aufgrund der orthopädischen Berichte in der angestammten Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 8. Februar 2010, von 85 % ab 21. Mai 2010, von 75 % ab 27. Juni 2010 und von 50 % ab 7. September 2010 auszugehen. Gestützt auf den Bericht des behandelnden Orthopäden vom 9. März 2011 sei eine weitere Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf noch 25 % ab Juni 2011 anzunehmen. In einer angepassten Tätigkeit habe gemäss den Akten ab November 2010 eine 100%-Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 7/68/58). 3.2 3.2.1

Der RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, beurteilte das Gutachten implizit als den Anforderungen des Bundesgerichts genügend und mass diesem vollen Beweiswert zu. Dementsprechend übernahm er den darin aufgezeigten Verlauf der Arbeitsfähigkeit. Demnach begann die Arbeitsunfähigkeit mit dem Unfall am 8. Februar 2010. Bei Ablauf des Wartjahres im Februar 2011 bestand seit November 2010 eine 50%-Arbeitsfähigkeit in der angestammten und eine 100%-Arbeitsfähigkeit in einer dem somatischen Leiden angepassten Tätigkeit. Erstere erhöhte sich ab Juni 2011 auf 75 %. Ab April 2013 bestand erneut eine volle und ab November 2014 noch eine 50%-Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit nunmehr aufgrund psychischer Beschwerden. Die im Hintergrund stehenden somatischen Befunde führten in jenem Zeitraum unverändert zu einer Arbeitsfähigkeit von 75 % in der angestammten und 100 % in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 7/74/10 f.). 3.2.2

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin mit einem Weiterbildungstitel unter anderem in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin, nahm als Hausarzt der Beschwerdeführerin am 16. April 2015 zum Gutachten Stellung. Er monierte die ungenügende Berücksichtigung der Abklärung in der hochspezialisierten und interdisziplinären Abteilung für Schwindelprobleme des Unispitals C.\_\_\_\_. Dort sei ein hochgradiger Verdacht auf eine vestibuläre Migräne diagnostiziert worden. Er sei sich bewusst, dass diese Diagnose, wie viele andere, aufgrund der Symptome diagnostiziert werde, ohne dass es dafür eine objektive apparative Bestätigung gebe. Auch streite er eine gewisse psychosomatische Überlagerung nicht ab. Diese ändere aber nichts an der Tatsache, dass eine vestibuläre Migräne doch sehr wahrscheinlich sei (Urk. 7/80). 3.2.3

Ähnlich äusserte sich die Klinik B.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 22. April 2015. Die Klinikärzte erläuterten, bei der Beschwerdeführerin bestehe bei leichten depressiven Symptomen (Stimmungseinbrüche, intermittierende Niedergedrücktheit, Antriebsminderung mit erhöhter Erschöpfbarkeit, intermittierende innere Unruhe und Schlafstörungen) vor dem Hintergrund einer anhaltenden psychosozialen Belastungssituation an der Arbeitsstelle sowie aufgrund der vorhandenen körperlichen Beschwerden (unspezifischer Schwindel, rechtsseitige Kopfschmerzen und Bulbusschmerzen des rechten Auges), die im Verlauf der Behandlung als Verdacht auf eine chronifizierte vestibuläre Migräne beurteilt worden seien, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 : F43.21). Zusätzlich habe bei Behandlungsbeginn am 4. April 2013 eine Panikstörung (ICD-10: F41.0) bestanden. Erstere Diagnose erfülle die Kriterien gemäss ICD-10-Klassifikation, da es sich um einen leichten depressiven Zustand als Reaktion auf eine anhaltende Belastungssituation handle, der zwei Jahre nicht überschreite. Während des Behandlungszeitraums hätten sich zu keiner Zeit Hinweise für eine dissoziative Störung ergeben. Die Hauptdiskrepanz betreffe die neurologische Beurteilung des somatischen Störungsbildes durch den neurologischen Gutachter und das Unispital C.\_\_\_\_. Man empfehle eine Überprüfung derselben. Diese sei eng mit der psychiatrischen Beurteilung verknüpft. Aktuell beurteile man die Beschwerdeführerin zu maximal 50 % arbeitsfähig. Die bestehenden Beschwerden würden sie in ihrer Durchhaltefähigkeit sowie Flexibilität und Umstellungsfähigkeit nach wie vor stark einschränken, was insgesamt eine stark verminderte Leistungsfähigkeit bedeute. Zur Wiedererlangung einer höheren Arbeitsfähigkeit seien dringend Wiedereingliederungsmassnahmen indiziert, soweit dies aufgrund der somatischen Beschwerden möglich sei (Urk. 7/83). 3.2.4

Der Vollständigkeit halber sei angefügt, dass seitens der Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ bereits im Bericht vom 15. April 2014 eine Verbesserung der Affektlage im Vergleich zum Bericht vom 11. Februar 2014 festgestellt worden war. Es sei der Beschwerdeführerin gelungen, besser mit den körperlichen Beschwerden umzugehen, indem sie gelernt habe, eine gewisse Distanz zu entwickeln. So habe die Frequenz der Stimmungseinbrüche abgenommen. Auch sei die Beschwerdeführerin psychomotorisch ruhiger und die Schlafstörungen seien deutlich zurückgegangen. Sie sei aufgrund der Symptome der vestibulären Migräne wie auch des verminderten Antriebs und der erhöhten Erschöpfbarkeit infolge der depressiven Reaktion in ihrer Alltagsaktivität jedoch eingeschränkt, so dass sie diese nur in einem verlangsamten Tempo ausführen könne und immer wieder Ruhepausen sowie die Unterstützung durch den Ehemann benötige. In Menschenmengen sei sie rasch reizüberflutet. Die Einschränkungen in der Durchhaltefähigkeit, Umstellungsfähigkeit und

Flexibilität seien weiterhin vorhanden, wodurch eine gesamthaft verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Man gehe davon aus, dass innert der nächsten vier bis sechs Monate, abhängig von der weiteren Entwicklung der Migränesymptomatik, wieder eine Teilerwerbsfähigkeit erreicht werde (Urk. 7/68/64 und 7/68/67 f.). 3.3

### 3.3.1

Zu den vorgenannten Einwänden nahmen die für das internistische, neurologische und psychiatrische Teilgutachten verantwortlichen Gutachter des A.\_\_\_\_ am 24. August 2015 nochmals ausführlich Stellung. Sie erläuterten, die neurologische Beurteilung sei auf der Grundlage einer dreistündigen eingehenden Befragung und klinischen Untersuchung erfolgt, wobei auch die Befunde des C.\_\_\_\_, dessen Berichte nachträglich zugegangen seien, gewürdigt worden seien. Der Neurologe habe sich schliesslich für eine deskriptive Diagnose des Beschwerdebildes entschieden, wobei differentialdiagnostisch die „dissoziative Störung“ sowie die „chronifizierte vestibuläre Migräne“ als Grundlagen angeführt worden seien (Urk. 7/88/2). 3.3.2

Als positives Argument für eine vestibuläre Migräne beschreibe die Beschwerdeführerin eine frühere Migräne mit Aura, die sich seit der Pubertät bis nach dem 40. Lebensjahr manifestiert habe. Auch die einseitig lokalisierten Kopfschmerzen bzw. das „Druckgefühl im Kopf“ sowie die „Schwindelbeschwerden“, die unscharf eher im Sinne eines spontanen Bewegungsschwindels (Vertigo mit Empfindung der Bewegung der visuellen Umgebung) geschildert würden, seien mit einer vestibulären Migräne vereinbar, während über visuelle Aura-Phänomene sowie Photo- und Phonophobie nicht berichtet werde. Eine ophthalmologische Grundlage für das gleichzeitig geklagte Verschwommen-Sehen habe man nicht. Für den neurologischen Gutachter diagnostisch problematisch sei die Tatsache, dass sich die Symptomatik im Frühjahr 2013 akut manifestiert und über Monate ohne relevante Schwankungen im Tagesverlauf unvermindert persistiert habe. Auch heute beschreibe die Beschwerdeführerin einen Dauerschwindel mit Stand- und Gangunsicherheit (ohne adäquates klinisches Korrelat) mit Abhängigkeit von Müdigkeit und Aufregung, nicht jedoch von Haltung- und Positionsänderungen. Es habe zu keinem Zeitpunkt eine für eine Migräne typische paroxysmale Symptomatik bestanden, womit offenbar die (primäre) „Chronifizierung“ der vestibulären Migräne begründet werde. Gemäss Diagnosekriterien der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft (IHS) erforderte die Diagnose mindestens fünf Episoden mit vestibulären Symptomen mittlerer oder starker Intensität und einer Dauer von 5 Minuten bis 72 Stunden, wobei die Dauer der einzelnen Episode stark variere. Auf dieser Grundlage sowie im Kontext mit dem übrigen vielfältigen Beschwerdebild könne eine vestibuläre Migräne durch den neurologischen Gutachter nur mit Vorbehalt diagnostiziert werden. Insgesamt werde die Wertung subjektiver Beschwerden durch das Fehlen adäquater, objektiv fassbarer Befunde erschwert, insbesondere dann, wenn die Beschwerden phänomenologisch schwer zuzuordnen seien. So seien auch die von der Beschwerdeführerin beschriebenen ziehenden Schmerzen am rechten Unterschenkel sowie in der Hüft- und Gesässregion beim Gehen, welche sich entlang der Wirbelsäule auf Nacken, Hinterhaupt sowie über die Schulter auf den rechten Arm ausbreiten würden, auf organischer Grundlage schwer zu verstehen. Dies werde offensichtlich nicht hinterfragt, obgleich sich die Beschwerdeführerin dadurch ebenfalls behindert fühle (Urk. 7/88/2 f.).

### 3.3.3

Auch die Neurologen des Unispitals C.\_\_\_\_ seien bei ihrer diagnostischen Beurteilung unsicher gewesen und hätten deshalb eine Verdachtsdiagnose formuliert. Eben so seien die

Mitbeteiligung von anderen Faktoren wie einer cervicogenen und einer psychogenen Komponente vom Unispital C.\_\_\_\_ diskutiert worden. Man habe die gleiche Diskussion im Gutachten geführt, aber in zusätzlicher Kenntnis der im Vordergrund stehenden psychischen Problematik die psychogene Komponente weit mehr gewichtet. Die Neurologen des Unispitals C.\_\_\_\_ hätten nicht über die Informationen verfügt, die man nun aus der psychiatrischen Exploration gewonnen habe. Die im neusten Bericht des Unispitals C.\_\_\_\_ vom 15. April 2014 formulierte Diagnose „Verdacht auf chronifizierte, vestibuläre Migräne mit psycho-physiologischer Komponente bei Burn-out-Syndrom und depressiver Verstimmung“ sei denn auch kaum Ausdruck diagnostischer Sicherheit und mit der gutachtlichen Beurteilung vereinbar. Entgegen der Auffassung der Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ bestehe somit keine Diskrepanz zur Beurteilung des Unispitals C.\_\_\_\_. Im Übrigen bestätige jene die attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierten Tätigkeiten (Urk. 7/88/3). 3.4.1

Hierauf bestätigte die Klinik B.\_\_\_\_ in einem weiteren Bericht vom 30. Oktober 2015, dass die eigene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht von derjenigen im Gutachten abweiche, wobei aufgrund des inzwischen abgelaufenen Zeitkriteriums aktuell eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) bei einem Status nach Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vor dem Hintergrund der chronischen körperlichen Beschwerden und der Panikstörung zu diagnostizieren sei (Urk. 7/95). 3.4.2

Im Gerichtsverfahren reichte die Beschwerdeführerin ferner einen neuen Bericht der Institut F.\_\_\_\_ AG vom 6. Dezember 2015 ein. Darin wurden im Vergleich – zur im neurologischen Teilgutachten des A.\_\_\_\_ berücksichtigten (vgl. Urk. 7/68/34) – Voruntersuchung vom 11. Oktober 2013 im Verlauf leicht progrediente breitbasige Diskusvorwölbungen der Etagen HW3/4 bis HW5/6 mit Myelontangierung, aber ohne Hinweise auf eine Myelopathie konstatiert. Weiter wurden progrediente neuroforaminale Einengungen der Etagen HW 4/5 und HW 5/6 rechts, mit progredienter Kompression von C5 rechts und C6 rechts festgestellt (Urk. 3). 4. 4.1

Zunächst ist festzustellen, dass die gutachtliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht unbestritten ist. Diese steht denn auch weitestgehend im Einklang mit den Berichten des behandelnden Facharztes für Chirurgie, Dr. med. G.\_\_\_\_, bzw. weicht nur zu Gunsten der Beschwerdeführerin davon ab. Dr. G.\_\_\_\_ hatte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in seinem letzten Bericht vom 9. März 2011 nämlich mit weiterhin 50 % beurteilt, prognostizierte aber eine Steigerung auf 75 % in ca. drei Monaten und drückte ferner seine Hoffnung aus, die Beschwerdeführerin werde in einem halben Jahr wieder ihre volle Arbeit erbringen können. Demgegenüber wurde im Gutachten von einer andauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 25 % ausgegangen. Als Gründe für die vorerst noch attestierte Teilarbeitsunfähigkeit nannte Dr. G.\_\_\_\_ explizit, dass die Arbeit auf einer Leiter aufgrund von einschliessenden Schmerzen mit Unsicherheit im OSG nicht möglich sei, ebenso sei das Bodenlegen bei der eingeschränkten Beweglichkeit (Plantarflexion) nur sehr eingeschränkt möglich (Urk. 7/33/5 f.). Im Übrigen kann für seine im Gutachten übernommene Einschätzung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf den Bericht vom 12. Oktober 2010 verwiesen werden (Urk. 7/23/2).

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserte sich Dr. G.\_\_\_\_ angesichts der anvisierten vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit explizit nicht (vgl. Urk. 7/23/4 f.). Indessen erfolgte im Herbst 2010 eine Untersuchung durch den die

Unfallversicherung beratenden Dr. med. H.\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH und Facharzt für manuelle Medizin. Er wies in seinem Bericht vom 12. November 2010 explizit darauf hin, dass eine vorwiegend sitzende Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei (Urk. 7/29/7), was angesichts der von Dr. G.\_\_\_\_ angegebenen Einschränkungen nachvollziehbar ist und auch vom Gutachter des A.\_\_\_\_ Basel entsprechend übernommen wurde. 4.2

Ebenso wenig ergeben sich massgebliche Diskrepanzen bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Sowohl die Gutachter des A.\_\_\_\_ als auch die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ kamen zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei lediglich zu 50 % arbeitsfähig. Keine Bedeutung ist diesbezüglich der unterchiedlichen Diagnosestellung und Gewichtung der neurologischen Komponente beizumessen. Massgebend ist nicht die Diagnose, sondern unter welchen Beschwerden die versicherte Person leidet, ob diese objektiviert werden können und welche Tätigkeiten ihr trotz der gesundheitlichen Einschränkungen noch zumutbar sind. Es muss deshalb in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (Urteil des Bundesgerichts 9C\_523/2014 vom 3. Dezember 2014 E. 5.1 und BGE 136 V 279 E. 3.2.1 ).

Die Gutachter des A.\_\_\_\_ haben Einschränkungen in der Ausdauer und Konzentration, Ausübung von Spontanaktivitäten, der Flexibilität sowie der Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen festgestellt. Die psychotherapeutische Behandlung habe bereits eine deutliche Verbesserung des Zustandebildes ergeben und die Prognose sei als vorsichtig gut zu bezeichnen. Die 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab Gutachtensdatum begründe sich mit der vermehrten Erholungszeit und der möglichen eingeschränkten Effizienz in der Durchführung der Aufgaben (vgl. E. 3.1.3). Die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ bestätigten am 30. Oktober 2015, dass ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit derjenigen im Gutachten übereinstimme. Am 22. April 2015 hatten sie hierzu erläutert, die Beschwerdeführerin sei zu maximal 50 % arbeitsfähig, da sie in ihrer Durchhaltefähigkeit, in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit nach wie vor eingeschränkt sei, was eine stark verminderte Leistungsfähigkeit bedeute (vgl. E. 3.2.4). Ähnlich hatten sie am 15. April 2014 – neben einer Verbesserung der Affektlage und im Umgang mit den körperlichen Beschwerden – festgestellt, dass die Beschwerdeführerin Alltagsaktivitäten nur in einem verlangsamten Tempo ausführen könne und dabei immer wieder Ruhepausen sowie die Unterstützung durch den Ehemann benötige. Man gehe davon aus, dass sie in vier bis sechs Monaten abhängig von der Entwicklung der Migränesymptomatik wieder eine Teilerwerbsfähigkeit erreiche (vgl. E. 3.2.4).

Demnach besteht unter den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, welche die Beschwerdeführerin selbst untersuchten, Einigkeit sowohl über die Art und das Ausmass der vorab kognitiven Beeinträchtigungen als auch die grundsätzliche Therapierbarkeit der psychischen Beschwerden und den Zeitpunkt des Eintritts einer erneuten Teilerwerbsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Die gutachtliche Untersuchung fand nämlich Anfang September 2014 statt (Urk. 7/68/3), mithin fünf Monate, nachdem die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ im April 2014 das Erreichen einer Teilerwerbsfähigkeit in vier bis sechs Monaten prognostiziert hatten. Die einhelligen Berichte lassen weiter darauf schliessen, dass die Beurteilung der Migränesymptomatik für die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht letztlich nur eine untergeordnete Rolle spielt. 4.3

Massgebliche neurologische Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, wie sie im Verwaltungsverfahren heftig umstritten waren, werden in der Beschwerdeschrift nicht mehr geltend gemacht. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es sich in den Berichten des C.\_\_\_\_ (Urk. 14) in der Tat lediglich um eine Verdachtsdiagnose handelt. So wurde am 15. April 2014 explizit der Verdacht auf eine chronifizierte, vestibuläre Migräne mit psycho-physiologischer und zusätzlicher zervikaler Komponente diagnostiziert. Die Diagnose erfolgte ohne wegweisende neurologische Befunde und unter Hinweis auf eine „möglicher weise“ psychische (Burn-out Syndrom, depressive Verstimmung) und zervikale (HWS-Symptomatik, Hartspann) Komponente, wobei auch auffällt, dass die durchgeführte medikamentöse Basistherapie keine Besserung der Schwindel- und Kopfschmerzproblematik brachte. Indes stellte sich hernach im Rahmen einer homöopathischen Therapie bei regelmässigen psychiatrischen Kontrollen offenbar eine Besserung ein. Im Sozialversicherungsrecht herrscht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Danach ist derjenige Sachverhalt massgebend, der von allen möglichen Geschehensabläufen der wahrscheinlichste ist (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C\_842/2016 vom 27. April 2017 E. 5.2). In diesem Sinne ist dem begutachtenden Neurologen des A.\_\_\_\_ zu folgen, der die trotz ausführlicher Abklärungen sehr vage gebliebene Verdachtsdiagnose des C.\_\_\_\_ wissenschaftlich fundiert in Frage stellte (vgl. E. 3.3.2). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass im Gutachten des A.\_\_\_\_ die Migräneproblematik nur, aber immerhin als Differentialdiagnose erwähnt und die entsprechenden Beeinträchtigungen im Rahmen einer dissoziativen Störung (vgl. dazu auch Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.],

10. Aufl. 2015, S. 2

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Der Vollständigkeit halber drängen sich einige Bemerkungen zum Einkommensvergleich auf, obschon dessen Berechnungsgrundlagen (abgesehen vom zumutbaren Arbeitspensum in angepassten Tätigkeiten) zwischen den Parteien unstrittig sind (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin stellte dem Valideneinkommen von Fr. 16'978.73, das sie anhand eines Auszugs aus dem Individuellen Konto eruierte, bei voller Arbeitsfähigkeit in angepassten Hilfstätigkeiten ein Invalideneinkommen von lediglich Fr. 13'850.79 gegenüber, das sie gestützt auf die Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) festlegte. Zur Begründung führte sie aus, bisher sei ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt worden, weshalb eine Einkommensparallelisierung vorzunehmen sei (Urk. 2 S. 2).

### **E. 6.2**

Die Rechtsprechung des Bundesgerichts besagt, bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art.

### **E. 6.3**

Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass es nicht einzig wirtschaftliche Gründe waren, die dazu führten, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 20 03 ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen erzielte (vgl. Urk. 7/18 und 7/25). Vielmehr gab sie gegenüber dem Inspektor der Unfallversicherung selbst an, dass es richtig sei, dass sie einen Monatslohn von Fr. 1'500.-- erhalte. Dies sei nicht ein marktüblicher Lohn; aber aus geschäftspolitischen Gründen müsste sie dies zurzeit so abrechnen (Urk. 7/2/3). Da es sich folglich rechtsprechungs gemäss um einen Lohnverzicht „aus freien Stücken“ handelt, ist eine Einkommens parallelisierung nicht angezeigt.

Würde dem Valideneinkommen von Fr. 16'978.73 dementsprechend ein Invaliden einkommen gegenübergestellt, das auf einem realistischeren Jahreslohn von Fr. 52'163.82 für ein Vollzeitpensum beruht, würde ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 % bereits bei einer minimalen Arbeitsfähigkeit von 20 % in angepasster Tätigkeit ausser Betracht fallen. Nur am Rande sei erwähnt, dass der Beschwerdeführerin ein Stellenwechsel im Rahmen der Schadenminderungspflicht nicht nur zumutbar, sondern mit Blick auf die mit der Arbeitssituation zusammenhängenden psychischen Beschwerden sogar wünschenswert ist (vgl. Urk. 7/68/48).

### **E. 6.4**

Offen bleiben kann nach dem in E. 5 Ausgeführten, ob der Invaliditätsgrad nicht sinngemäss aufgrund des ausserordentlichen Bemessungsverfahrens hätte ermittelt werden müssen. Einerseits war die Beschwerdeführerin zwar nie als Selbständigerwerbende bei der Ausgleichskasse gemeldet, sondern angestellt in der AG ihres Ehemannes (Urk. 7/18-19). Andererseits handelt es sich jedoch klar um einen Familienbetrieb, den die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann gemäss Handelsregister (abrufbar unter: <https://zh.chregister.ch/cr-portal/>) im Jahr 2003 übernahmen und zwar beide mit Einzelzeichnungsberechtigung (vgl. BGE 104 V 135 und Urteil des Bundesgerichts 8C\_190/2012 vom 30. März 2012; vgl. Art. 25 Abs. 2 IVV [Familienbetrieb Selbständigerwerbender] und ferner Art. 27 bis IVV [unentgeltliche Mitarbeit im Betrieb des Ehemannes]). Allerdings hat die Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt behauptet, dass die verabgabten Einkünfte gemäss Auszug aus dem Individuellen Konto nicht ihrem tatsächlichen Einkommen entsprachen (vgl. zur Beweislast Urteil des Bundesgerichts 9C\_658/2015 vom 9. Mai 2016 E. 5.1.1). 7.

Zusammenfassend sind die medizinischen Schlussfolgerungen im Gutachten des A.\_\_\_\_ schlüssig und stehen im Einklang mit den übrigen medizinischen Akten. Aus juristischer Sicht kann mit Blick auf die Standardindikatoren indes keine Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden bzw. kein rentenbegründender Invaliditätsgrad anerkannt werden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen. 8.

### **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 Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 8.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200. — bis Fr. 1'000. — festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind vorliegend auf Fr. 800. — anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

## **E. 8.2**

Nach Art. 78 Abs. 3 IVV werden die Kosten von Abklärungsmassnahmen von der Versicherung getragen, wenn die Massnahmen durch die IV-Stelle angeordnet wurden oder, falls es an einer solchen Anordnung fehlt, soweit sie für die Zusprechung von Leistungen unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Eingliederungsmassnahmen bilden. Im Wesentlichen gleich lautet Art. 45 Abs. 1 ATSG. Unerlässlich sind Abklärungen, wenn die entsprechende Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch nicht erfolgt ist (Urteil 9C\_921/2013 vom 24. Februar 2014 E. 5.1, in: SVR 2014 IV Nr. 11 S. 44). Da dem Gutachten des A. \_\_\_ voller Beweiswert zukommt, waren die von der Beschwerdeführerin bei der Klinik B. \_\_\_ wiederholt eingeholten Berichte für die Beurteilung des Leistungsanspruchs aus medizinischer Sicht unnötig. Es besteht somit kein Anspruch auf Kostenerstattung. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800. — werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG unter Beilage je einer Kopie von Urk. 17, 18 und 19/1-5 - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

## **E. 12**

ff.) in der psychiatrischen Beurteilung gewürdigt wurden (vgl. E. 3.1.1 und 3.1.3). 4.4

Das nachgereichte Kontroll-MRI vom 6. Dezember 2015, welches nur eine leichte Progredienz der degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule ausweist (vgl. E. 3.4.2), vermag an den vorstehenden Erwägungen nichts zu ändern. Anhaltspunkte für eine

neu aufgetretene Notwendigkeit von medizinischen Massnahmen oder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sind aus dem Bericht keine ersichtlich. Die Beschwerdeführerin stellte in diesem Zusammenhang denn auch keine konkreten Behauptungen, z.B. eine Zunahme der Beschwerden oder neue Therapie, auf (vgl. Urk. 1 S. 3). Das vorhergehende MRI der Halswirbelsäule vom 11. Oktober 2013 lag bereits bei der Begutachtung (Urk. 7/68/52 Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) und auch den Ärzten des C.\_\_\_\_ (Urk. 14, Diskopathie auf drei Etagen) vor. Diesem wurde jedoch offensichtlich keine entscheidende Bedeutung beigemessen. 4.5

#### 4.5.1

Noch zu würdigen sind die fünf von der Beschwerdegegnerin am 17. Januar 2018 eingereichten Berichte des C.\_\_\_\_, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen (Urk. 18 und 19). Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seit her verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3 mit Hinweisen) .

Einzig der erste der eingereichten Berichte vom 1. September 2015 liesse in rein zeitlicher Hinsicht Rückschlüsse auf den medizinischen Sachverhalt im Verfügungszeitpunkt vom 1. Dezember 2015 zu. Die danach erfolgten Entwicklungen und Veränderungen des gesundheitlichen Zustands sind für die Beurteilung der hier strittigen Fragen nicht relevant, sondern müssten allenfalls Gegenstand einer Neuanmeldung bilden. 4.5.2

Der erste Bericht vom 1. September 2015 (Urk. 19/1) bezieht sich auf die Erst-konsultation der Beschwerdeführerin am gleichen Datum. Diese war vom Hausarzt zur Abklärung eines möglichen zervikalen Triggers bei vestibulärer Migräne zugewiesen worden. Der Bericht kam zum Schluss, es sei weiterhin von einer vestibulären Migräne auszugehen und enthielt zudem Therapieempfehlungen. Er befasste sich aber nicht mit der hier interessierenden Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, weshalb er insoweit keine für den Beschwerdeentscheid wesentlichen Erkenntnisse enthält. Der nächste Bericht datiert bereits vom 19. Oktober 2016 (Urk. 19/2) und bezieht sich wie die noch später verfassten Berichte auf einen Zeitraum, der in diesem Verfahren nicht geprüft werden kann . Immerhin ist festzuhalten, dass das Interdisziplinäre Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen in allen fünf Berichten durchgehend keine vestibuläre Migräne diagnostizieren konnte, sondern bis zur letztmals stattgefundenen Kontrolle vom 21. November 2017 (Urk. 19/5) immer lediglich von einem „Verdacht auf eine chronifizierte vestibuläre Migräne“ ausging. Ob die Berichte dennoch Grundlage für eine Neuanmeldung bilden könnten, ist hier nicht zu prüfen, sondern wäre allenfalls in einem neu zu eröffnenden Verwaltungsverfahren abzuklären. 4.6

Zusammenfassend ist also davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin – zumindest aus rein medizinischer Sicht – ab November 2010 bis zum Auftreten der psychischen Beschwerden im April 2013 in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig war. Danach bestand zunächst eine volle Arbeitsunfähigkeit und erst ab September 2014 (Zeitpunkt der Begutachtung, nicht der Erstellung des Gutachtens) wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, welche übrigens sowohl in der angestammten als auch einer angepassten Tätigkeit ausgeübt werden könnte. 5. 5.1

Aus juristischer Sicht ist festzustellen, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert hat (zur Anwendbarkeit auf laufende Verfahren vgl. BGE 137 V 210 E. 6). Danach hat die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen, zu denen auch die im Gutachten diagnostizierte dissoziative Störung gehört (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3), stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wurde durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. Massgebend sind neu in Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen eingeteilte Standardindikatoren. Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren hat das Bundesgericht in BGE 141 V 281 E. 4.3 ff. im Detail umschrieben. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur noch zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchslage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_421/2015 vom 23. September 2015 E. 5 mit Hinweisen). 5.2

Das Gutachten des A.\_\_\_\_ datiert vom 13. November 2014 und wurde somit vor Erlass von BGE 141 V 281 erstattet. In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr 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 (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der 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. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8). 5.3

Mit Blick auf die Argumentation der Beschwerdeführerin ist festzuhalten, dass gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen sind (Satz 1) und eine Erwerbsunfähigkeit zudem nur vorliegen kann, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2). Die Praxisänderung gemäss BGE 141 V 281 hat an dieser Gesetzeslage nichts geändert. Der funktionelle Schweregrad einer Störung beurteilt sich nach wie vor nach deren konkreten funktionellen Auswirkungen, insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen durch die psychosomatischen Beschwerden beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_617/2015 vom 20. Mai 2016 E. 4.3.2). Dabei ist hervorzuheben, dass einer dissoziativen Störung ein diagnoseninhärenter Bezug zum Schweregrad fehlt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 3.3). Wohl aufgrund einer zu engen Formulierung des Fragenkatalogs versäumten es die Gutachter des A.\_\_\_\_ indes, sich

überhaupt explizit bzw. zumindest unter Berücksichtigung der früher geltenden sog. Foerster-Kriterien ( vgl. BGE 130 V 352 ) zur Frage zu äussern, ob das psychische Leiden objektiv überwindbar ist (Urk. 7/68/58). 5.4

#### 5.4.1

Hinsichtlich der Beurteilung der Standardindikatoren wurde im psychiatrischen Teilgutachten (vgl. E. 3.1.3) mit Blick auf die Definition in der ICD-10 Kodierung (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 212) soweit nachvollziehbar dargetan, dass die Beschwerdeführerin an einer dissoziativen Störung leidet, indem eine Kombination von konkreten Ereignissen in ihrem Leben sowie ein interfamiliärer Konflikt zu einer unbewussten Umwandlung in konkrete körperliche Symptome führte. Dazu wurde erläutert, anamnestisch sowie aufgrund der Vorakten habe sich anlässlich einer massiven psychosozialen Belastung im März 2013 eine Symptomatik auf einer psycho-vegetativen Ebene ergeben. Die bereits zuvor an Migräneanfällen leidende Beschwerdeführerin habe plötzlich „massive“ Schwindelgefühle, Herzrasen, Kalt- und Heissgefühle sowie Ängste vor dem Alleinsein und eine vermehrte Reizbarkeit auf äussere Reize erlebt. Nach vielen Abklärungen ohne eindeutigen somatischen Befund habe sie eine psychiatrische Therapie begonnen (vgl. Urk. 7/68/45 f.). Diese habe offenbar bereits zu Fortschritten geführt (Urk. 7/68/47; Verbesserung der Affektlage und im Umgang mit den körperlichen Beschwerden auch gemäss Bericht der Klinik B. \_\_\_ ausgewiesen, vgl. E. 3.2.3 und 3.2.4). In diesem Sinne verwundert es nicht, dass im Gutachten der psychopathologische Befund als „weitgehend unauffällig“ beurteilt wurde, lediglich unter Erwähnung von Ängsten (Vorstellung, sie könnte stürzen oder es könnte etwas Gefährliches passieren), subjektiven (nicht objektivierbaren) Konzentrationsstörungen und vegetativen Symptomen (Herzklopfen, Heiss-/Kalterleben, Atemnot, Schwindel als Leitsymptom, Kopfschmerzen und Schmerzen der rechten Nacken- und Schulterpartie; vgl. Urk. 7/68/44-45). 5.4.2

Für den ersten Komplex „Gesundheitsschädigung“ in der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ sind die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten entscheidend (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.1). Aufgrund der vorstehenden Erwägung ist eine gewisse Ausprägung der Symptomatik insbesondere im Frühjahr 2013, aber auch noch im Herbst 2014 nicht von der Hand zu weisen. Indes ist hervorzuheben, dass psychosomatische Beschwerdebilder nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Dafür bestehen vorliegend aufgrund der von allen Ärzten attestierten Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 0 auf 50 % (sogar ohne Pharmakotherapie, vgl. Urk. 7/68/67) keine Anhaltspunkte. Insofern spielt es keine Rolle, dass mit Blick auf ressourcenhemmende Komorbiditäten eine Panikstörung und eine depressive Symptomatik, beide in nicht klar bestimmtem Ausmass (vgl. zumindest Urk. 83), zur Diskussion stehen.

Beim zweiten Komplex „Persönlichkeit“ sind die Persönlichkeitsentwicklung und -struktur sowie die grundlegenden psychischen Funktionen zu berücksichtigen (vgl. vorerwähntes Urteil 9C\_539/2015 E. 4.2). Unter die in Frage kommenden komplexen Ich-Funktionen fallen Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung, Affektsteuerung und Impulskontrolle, Selbstwertregulation und Regressionsfähigkeit, Intentionalität und Antrieb sowie Abwehrorganisation (vgl. Renato Marelli, Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Grenzbereich von Psyche und Soma, Schweizerische

Ärztezeitung [SÄZ] Nr. 25/2008, S. 1141). Soweit ersichtlich werden in den medizinischen Akten keine strukturellen Defizite im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik oder eine erhebliche Störung komplexer Ich-Funktionen thematisiert (vgl. E. 3). Zudem pflegt die Beschwerdeführerin weiterhin soziale Kontakte (vgl. Urk. 7/68/44) und bezeichnet ihre Ehe ebenfalls als gut (Urk. 7/68/40).

Der dritte Komplex "Sozialer Kontext" bestimmt mit darüber, wie sich die Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zwei erlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a). Andererseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3 und vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2015 E. 4.3). Im Gutachten wurde die Entwicklung der psychiatrischen Problematik explizit von der Entwicklung bzw. Bewältigung der familiären Konfliktsituation abhängig gemacht (vgl. E. 3.1.3). Ebenso wurde in den Berichten der Klinik B.\_\_\_\_ darauf hingewiesen, dass die psychischen Beschwerden vor dem Hintergrund einer anhaltenden psychosozialen Belastungssituation an der Arbeitsstelle sowie aufgrund der körperlichen Beschwerden bestünden (vgl. E. 3.2.3). Die Beschwerdeführerin selbst räumte ein, es habe auch mit den Schwiegereltern zu tun, dass sie den Arbeitsplatz meide. Sobald sie in das Geschäft gehe, müsse sie immer fürchten, ihrem Schwiegervater zu begegnen (Urk. 7/68/43). Insofern erscheint es mehr als fraglich, ob z.B. nach einer Geschäftsaufgabe nicht auch die gesundheitlichen Beschwerden bzw. die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin massiv bessern würden. Positiv zu bewerten sind ferner die Unterstützung durch den Ehemann im Alltag (z.B. Urk. 7/68/42 und 7/68/44) sowie der Genesungswille der Beschwerdeführerin (Urk. 7/68/47). 5.4.3

Unter die Kategorie „Konsistenz“ fällt der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Dieser zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Soweit erhebbar, empfiehlt sich ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist dabei stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 mit Hinweisen). Über das Leben der Beschwerdeführerin bei Beginn der psychiatrischen Problematik ist nichts bekannt. Insbesondere können diesbezüglich keine Rückschlüsse aus dem Aktivitätsniveau im Zeitpunkt der Begutachtung, d.h. nach Eintritt einer wesentlichen gesundheitlichen Besserung gewonnen werden. Eine nachträgliche Erhebung solcher Angaben bei der Beschwerdeführerin erscheint überdies wenig aussagekräftig.

Der weiter in diese Kategorie fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (vgl. vorerwähntes Urteil 9C\_539/2015 E. 4.5). 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 klarer Weise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Die Beschwerdeführerin nimmt nach wie vor regelmässig diverse Therapien wahr (Urk. 7/68/42) und hat verschiedene Medikamente ausprobiert. Der Indikator ist aus verschiedenen Gründen indes nicht eindeutig. Einerseits hat die Beschwerdeführerin die Medikamente wegen Nebenwirkungen stets wieder abgesetzt, wobei eine medikamentöse Behandlung im Gutachten aber auch nicht als klar indiziert angegeben wird (vgl. Urk. 7/68/48, 7/68/57). Andererseits traten die psychischen Beschwerden erst im Laufe des Verwaltungsverfahrens auf und die Beschwerdeführerin verbringt ungern Zeit alleine (vgl. Urk. 7/68/42 Besuch im Einkaufszentrum bei ungutem Gefühl alleine), was den Besuch von Therapien massgeblich begünstigen dürfte. 5.5

Insgesamt sind gewisse funktionelle Auswirkungen (vgl. E. 4.2) der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung erstellt. Indessen liegt offensichtlich keine Therapieresistenz vor und die ungelöste interfamiliäre Konfliktsituation hat nach Auffassung der Gutachter und der Beschwerdeführerin massgeblichen Einfluss auf die Entwicklung der psychischen Beschwerden bzw. die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Mit anderen Worten lässt sich anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 – und damit aus der Optik des Rechtsanwenders, welcher die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre konkrete sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2, vorerwähntes Urteil 9C\_106/2015 E. 6.3) – keine für die Invalidenversicherung massgebliche Arbeitsunfähigkeit bestätigen. 6.

## **E. 16**

ATSG Rechnung zu tragen, aber nur sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Die Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invaliden - einkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 134 V 322 E.

4.1 mit Hinweisen). Die Parallelisierung der Einkommen trägt somit dem Umstand Rechnung, dass die versicherte Person als Invalide realistischweise nicht den Tabellenlohn erzielen kann (Urteil des Bundesgerichts 9C\_488/2008 vom 5. September 2008 E. 6.4).

Ist indessen ein durchschnittliches Invalideneinkommen realistischweise erzielbar bzw. zumutbar, so ist ein aus (bloss) wirtschaftlichen Gründen unterdurchschnittliches Valideneinkommen nicht auf ein durchschnittliches aufzurechnen, mit anderen Worten also keine Einkommensparallelisierung vorzunehmen. Nützt nämlich die versicherte Person im Gesundheitsfall ihr wirtschaftliches Potenzial nicht voll aus, so ist dieser nicht verwertete Teil der Erwerbsfähigkeit nicht versichert. Denn wenn jemand vor Eintritt des Gesundheitsschadens aus gesundheitsfremden Gründen nur ein sehr geringes, nicht existenzsicherndes Einkommen erzielt hat und nach Eintritt des Gesundheitsschadens immer noch ein Einkommen in unveränderter Höhe erzielen könnte, so ist nicht der Gesundheitsschaden ursächlich für eine allfällige tatsächliche Einkommenseinbusse; kausal sind vielmehr nicht versicherte wirtschaftliche oder persönliche Umstände, die bereits bei der gesunden Person die Erzielung eines höheren Einkommens verhinderten. Würde in solchen Fällen eine Einkommensparallelisierung durchgeführt, wäre es gar möglich, dass eine versicherte Person, obschon sie nach Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung mehr

verdient, als sie vorher verdiente, als invalid gelten würde. So würde das im Gesundheitsfall von der versicherten Person zu tragende Risiko einer wirtschaftlich nicht einträglichen Tätigkeit in unzulässiger Weise auf die Invalidenversicherung überwältzt (vgl. zum Ganzen: BGE 135 V 58 E. 3 betreffend den Fall einer Wirtin, deren selbständige Erwerbstätigkeit über Jahre hinweg wirtschaftlich nicht einträglich war).

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