

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00591 vom 2. Mai 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00591](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00591)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00591 du 2 mai 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00591 del 2 maggio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1968, Mutter von zwei Kindern (Jahrgang 1990 und 1991), war vom 15. September 2009 bis 30. April 2012 bei der Y.\_\_\_\_ AG (vgl. Urk. 6/42 Ziff. 2.1-2) und nach Betriebsübernahme durch die Z.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_ GmbH, vom 1. Mai 2012 bis 31. August 2013 in einem variierenden Teilzeitpensum

als Kioskverkäuferin angestellt, wobei der letzte Arbeitstag am 26. April 2013 war (vgl. Urk. 6/23 Ziff. 2.1 und Ziff. 2.9, Urk. 6/23/20-23). Unter Hinweis auf chronische Wirbelgelenkentzündungen

meldete sich die Versicherte am 2. Juli 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/16 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 6. Juni 2014 (Urk. 6/33) in Aussicht, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Nachdem die Versicherte dagegen Einwände (Urk. 6/35, Urk.

### **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**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 ihrer 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 Einkom

mens vergleich 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. 1.3**

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. 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). 2.

#### 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre rentenanspruchsverneinende Verfügung ( Urk. 2) damit, die Beschwerdeführerin sei seit dem 26. April 2013 (Beginn der einjährigen Wartezeit ) in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt.

Die bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar . Organisch nicht nachweisbare Beschwerden könnten zur Beurteilung des Anspruches nicht hinzu gezogen werden. Für den Entscheid sei daher auf die somatisch ausgewiesenen Befunde abzustellen. Demnach sei eine angepasste Tätigkeit zu 100 %

zumutbar. Da das ermittelte Invalideneinkommen über dem Valideneinkommen liege, betrage der Invaliditätsgrad 0 % (S. 2 f.). 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde ( Urk. 1) geltend, sie leide seit mehreren Jahren unter starken Schmerzen im Rücken , und ihre Beine würden plötzlich eine Art Lähmung erfahren, so dass sie in sich zusammensacke und zu Boden falle. Es sei ihr dann für eine gewisse Zeit unmöglich, wieder aufzustehen, was zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe (S.

3 Ziff. 4, S.

#### 4

Ziff. 9). Die Beschwerdegegnerin habe den Untersuchungsgrundsatz verletzt und den medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt (S. 3 f. Ziff. 6 , S. 4 f. Ziff. 9-11 , Urk. 11 S. 3 ff. Ziff. 7-10 ). Der behandelnde Hausarzt habe ihr auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit attestiert

(S. 4 Ziff. 7) . 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang, ob die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt genügend abgeklärt hat. 3. 3.1

Die Ärzte der B.\_\_\_\_ Klinik stellten in ihrem Bericht vom 20. Juni 2013 ( Urk. 6/21/1-2) nach gleichentags durchgeführte r Konsultation

der Beschwer deführerin folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches lumbok r urales Schmerzsyndrom mit intermittierenden Parästhesien bei der Beine seit 1991 mit/bei - klinisch normalem Neurostatus bis auf im Vergleich zu den anderen Muskeleigenreflexen ( MER ) lebhaftem

Patellar sehnen reflex ( PSR ) beidseits, lokale r diffuse r

Druckdolenz paravertebral über der gesamten Lendenwirbelsäule ( LWS ) - MRI LWS 5. September 2011: Leichte Facettengelenksarthrose von L2-L5 beidseits, keine Kompression neurogener Strukturen - Röntgen LWS 10. Januar 2005: Regelrechte Haltung und ossäre Verhältnisse im Verlauf der LWS, keine Hinweise auf das Vorliegen einer Diskopathie , regelrechte Artikulation in den Intervertebralgelenken - Röntgen LWS in zwei Ebenen 15. März 1991: Keine Diskopathie , keine degenerativen Skelett- und Bandscheibenveränderungen, Iliosakralgelenk ( ISG ) unauffällig - Elektrophysiologie 31. Mai 2013: Neurographie: Normalbefund des Nervus

medianus und ulnaris rechts. Kurz-EMG: Keine pathologische Spontanaktivität L5 und S1 rechts - MRI Neurokranium 20. Juni 2013: Normalbefund - MRI spinale Achse 20. Juni 2013: Halswirbelsäule ( HWS ) : Leichte degenerative Veränderungen mit Punktum maximum C6/7 mit Diskusprotrusion ohne Affektion des Myelons oder der Wurzel C7, Brustwirbelsäule ( BWS ) : Keine wesentliche degenerativen Veränderungen, LWS: multilagere degenerative Veränderungen mit beidseitigen Facettengelenksarthrosen, keine Hinweise für Affektion des Myelons oder der Nervenwurzeln - anamnestisch Herzrhythmusstörungen seit dem 16. Lebensjahr

Die Ärzte der

B.\_\_\_\_ Klinik führten aus, die Beschwerdeführerin sei zur Besprechung des MRI der spinalen Achse sowie des Neurokraniums zuge wiesen worden (S. 1). Zusammenfassend liege nach wie vor ein chronisches lumbok r urales Schmerzsyndrom vor, höchstwahrscheinlich mit einer spondylogenen Hauptkomponente aufgrund der im MRI sichtbaren deutlichen Facettengelenksarthrosen. Für die angegebenen intermittierenden Parästhesien in beiden Beinen und auch den im Vergleich relativ lebhaften PSR finde sich kein entsprechendes pathologisches Korrelat. Insbesondere fänden sich auch keine Hinweise für das Vorliegen einer entzündlichen / demyelinisierenden des Zentralnervensystem (ZNS)-Erkrankung. Prinzipiell wären nun diagnostisch/therapeutische Facettengelenksinfiltrationen versuchenswert. Da die Patientin jedoch an einer ausgeprägten Nadelphobie leide, erscheine die Durchführung unrealistisch. Falls noch nicht durchgeführt, könnte eine schmerz modulierende respektive distanzierende Therapie mittels Antidepressivum erwogen werden, die Patientin sei jedoch eher skeptisch eingestellt (S. 2).

3.2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 5. August 2013 ( Urk. 6/24/1-4)

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1):

- chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom mit - intermittierenden Parästhesien bei der Beine seit 1991 - automatisch auftretender Blockierung der Rücken- und dorsalen Oberschenkelmuskulatur mit Gangbehinderung (Patientin zum grössten Teil abhängig vom Rollstuhl, Zuckungen und Krämpfe in der Rückenmuskulatur)

Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C.\_\_\_\_ einen Status nach Autounfall im Jahr 2000 mit Rippenfraktur und Quetschung der inneren Organe ( Ziff. 1.1).

Er führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 26. April 2013 bei ihm in Behandlung, und die letzte Kontrolle habe am 10. Juli 2013 stattgefunden ( Ziff. 1.2).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit habe vom 26. April bis 8. August 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar ( Ziff. 1.6-7). Eine behinderungs angepasste sitzende Tätigkeit sei im Umfang von 5 Stunden in einem Pensum von etwa 50 bis 60 % zumutbar ( Ziff. 3). 3.3

Dr. C.\_\_\_\_

stellte in seinem Bericht vom 11. August 2014 ( Urk. 6/40/1-2 ) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1): - chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom mit Dysästhesie der Beine, anamnestisch bestehend seit 1991 bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen mit Facettengelenkarthrose (MRI LWS) - Gangstörung mit intermittierendem Tonusverlust mit Rezidivstürzen - unklare heftige Zuckungen im Rücken und in der Muskulatur der Beine mit konsekutiver Blockierung der Beine und Haltverlust

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er seit der Kindheit bekannte Herzrhythmusstörungen und einen Status nach Frontalkollision im Jahr 2000 mit Leberriess und Lungenquetschung (S. 1 Ziff. 1).

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, auf die Art und Weise, wie er die Patientin im Moment der auftretenden Zuckungen und darauf folgenden Blockierungen ihrer Beine selbst erlebt habe, sei sie auf keinen Fall belastbar. Die verbleibende Funktion der Extremitäten reiche nur aus, damit sie ihren Alltag bewältigen könne. Aus seiner Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit,

und er revidiere seine Einschätzung vom September 2013, wo er für eine sitzende Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von bis zu fünf Stunden angegeben habe (S. 2 Ziff. 5). Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehe seit mindestens September 2013 (S. 2 Ziff. 6).

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, die Patientin sei in ihrer angestammten Tätigkeit als Kioskverkäuferin im Hinblick auf Tätigkeiten wie Tragen schwerer Sachen, Sortieren und Auffüllen der Bestände, die bei so einer Tätigkeit sicher anfallen würden, zu 100 % arbeitsunfähig. Mit Goodwill gehe er von einer Arbeitsfähigkeit in einer leichten der Behinderung angepassten Tätigkeit von 10 bis 20 % aus. Dabei denke er an Tätigkeiten wie die einer Telefonistin oder an der Rezeption (S. 2 Ziff. 10).

Die genannten Beschwerden der Patientin persistierten nach wie vor und seien sicherlich nicht besser, sogar in einer leider nichtmessbaren Qualität schlimmer geworden . Dementsprechend habe sich ihre Arbeitsfähigkeit ver schlechert (S. 6 Ziff. 7). Die bisherigen von verschiedenen Fachrichtungen vorgeschlagenen Massnahmen, zum Beispiel Physiotherapie, seien gemäss den eigenen Angaben der Patientin nutzlos gewesen (S. 2 Ziff. 8).

Dr. C.\_\_\_\_

hielt weiter fest , die Beschwerdeführerin sei fast nur körperlich beeinträchtigt. Sie sei aufgrund ihrer phasenweise auftretenden Zuckungen, wofür bis jetzt keine eindeutige organisch-pathologische Relevanz habe gefunden werden können, massiv eingeschränkt (S. 1 Ziff. 2). Aus seiner Sicht sei die Beschwerdeführerin seit 2013 eindeutig arbeitsunfähig. Sie sei aufgrund ihrer Schmerzen und vor allem aufgrund ihrer unkontrollierten Zuckungen, die hauptsächlich beim Sitzen aufträten und sie zum Aufstehen zwängen , arbeitsunfähig. Diesen Zustand habe er persönlich mehrfach in seiner Sprechstunde und auch beim Abholen der Patientin aus dem Wartezimmer erlebt (S. 1 Ziff. 3).

Als Bemerkung möchte er hinzufügen, dass bis jetzt die eindrücklichen Beschwerden der Patientin beziehungsweise ihre Beeinträchtigungen durch keine handfeste organische Genese hätten erklärt werden können . Die fehlende Erklärbarkeit habe zu einer deutlichen Fehleinschätzung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin geführt (S. 2 Ziff. 12).  
3.4

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Radiologie, führte nach am 24. Dezember 2015 durchgeführtem MRI der LWS in seinem gleichentags erstellten Bericht ( Urk. 6/60/10) aus, es zeigte sich ein leichte multisegmentale Osteochondrose der LWS, gering auch aktiviert rechts bei L3/4 mit einzelnen zarten Bandscheibenprotrusionen und auch Anulus fibrosus Riss, ohne umschriebene Hernie. Zusätzlich habe sich auch eine leichte, nach kaudal zunehmende Facettengelenksarthrose gezeigt.

Nebenbefundlich sei ein etwa 2,1 cm solider Knoten angrenzend an die Gebärmutter aufgefallen und diesbezüglich würden weitere Abklärungen empfohlen. 3. 5

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 2. Februar 2016 ( Urk. 6/60/7-8) als Diagnose einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung bei klinisch intermittierender Gangstörung und Kraftverlust der Beine und anamnestisch massiver körperlicher Misshandlung im jungen Erwachsenenalter (S. 1).

Laut Angaben der Beschwerdeführerin sei das Hauptproblem ihr Rücken auf lumbaler Ebene, wo sie immer wieder einschiessende Schmerzen verspüre. Es sei wie ein elektrischer Schlag in der Lumbalgegend, wonach in der Folge die Beine zusammensackten und sie nicht mehr stehen könne . Verletzt habe sie sich bisher nicht. Das Ganze habe vor über 20 Jahren begonnen und sei nun in den letzten drei Jahren deutliche progredient mit täglichen Schwäche zu ständen. Sie arbeite nicht mehr. Sie habe auch Ameisenlaufen in den Beinen. Auslösesituationen für die Krisen seien längeres Sitzen oder Liegen auf dem Rücken, danach könne sie gar nicht mehr aufstehen. Die Dauer der Schwächeepisoden sei unterschiedlich, teils bis drei Wochen. Daneben bestünden auch Zuckungen des Oberkörpers. Die Episoden mit Schwäche der Beine träten sowohl zu Hause als auch in der Öffentlichkeit auf (S. 1 f.) . Im Auto habe sie einen Spezialsitz und könne deshalb noch gut über kurze Strecken Auto fahren .

Dr. E.\_\_\_\_ führte aus, es habe sich eine freundliche kooperative Patientin gezeigt. Sie habe sich beim Gang ins Sprechzimmer an den Wänden fest gehalten und sich mit Mühe vom Stuhl aufgerichtet. Beim Druck auf die paravertebrale lumbale Muskulatur sei sie demonstrativ in den Beinen zu sammengesackt, ohne sich zu verletzen. Sie habe sich mühsam wieder aufgerichtet (S. 2 Mitte).

Dr. E.\_\_\_\_ führte in seiner Beurteilung aus, wahrscheinlich leide die Patientin an einer somatoformen Störung mit intermittierendem Kraftverlust der Beine, ohne dass sie sich verletze. Er habe in der Sprechstunde einen solchen Kraftverlust selber beobachten können. Wie schon in den Voruntersuchungen in der B.\_\_\_\_ Klinik und auf der Neurologie in F.\_\_\_\_ seien weder klinische Untersuchungen noch die Zusatzuntersuchungen relevant pathologisch verändert. Auf myographische Untersuchungen habe er angesichts der früheren Normalbefunde und der angegebenen Angst vor Spritzen verzichtet. Aktenanamnestisch sei von einer massiven körperlichen Misshandlung berichtet worden. Er habe der Patientin seine Sicht der Ursache der Beschwerden dargelegt.

Sie habe das soweit akzeptieren können und sei mit einer psychiatrischen Beurteilung einverstanden. Er bitte darum, die Patientin an einen fachärztlichen Kollegen zu überweisen (S. 2 unten). 3. 6

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte

in seinem Bericht vom 13. Februar 2016 (Urk. 6/60/4-6) aus, die Beschwerdeführerin sei ihm zur psychiatrischen Untersuchung überwiesen worden. Sie leide seit 24 Jahren unter chronischen Rückenschmerzen. Da keine die Schmerzen erklärende somatische Ursache habe gefunden werden können, habe der Neurologe die Patientin auf mögliche psychiatrische Ursachen hin gewiesen, unter anderem auch wegen anamnestisch bekannten Gewalterfahrungen in einer früheren Beziehung. Die Konsultation habe am 10. Februar 2016 stattgefunden (S. 1).

Dr. G.\_\_\_\_

führte in seiner Beurteilung aus, eine psychiatrische Erkrankung habe ausgeschlossen werden können. Es gebe keine Anhaltspunkte für eine affektive Erkrankung, und ebenso fehlten die charakteristischen Symptome für eine somatoforme Störung. Die Beschwerden hätten keine Beziehung zu unangenehmen Lebensereignissen, emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen, wie sie im ICD-10 für die Diagnose einer Somatisierungsstörung v. erlangt würden (S. 3 Mitte).

Die in den Akten erwähnten Gewalterfahrungen hätten im Alter von 23 Jahren stattgefunden, als die Patientin vom damaligen Partner dreimal geschlagen worden sei. Sie habe sich aus dieser Beziehung gelöst und Anklage erhoben. Der Fall habe mit der Verurteilung des Täters geendet, und die Beschwerdeführerin berichte heute darüber mit einer emotionalen Distanz. Im Vordergrund stehe für sie die Erfahrung, sich gewehrt zu haben und nicht in eine Opferrolle verfallen zu sein (S. 2 Mitte).

Die Beschwerdeführerin habe ausgeführt, schwere akute Lumbalgien träten drei- bis viermal jährlich auf, und sie könne dann einige Tage kaum gehen, und die Schmerzen würden im Verlauf von etwa drei Wochen langsam wieder abklingen (S. 2 Mitte).

Sie sei in Begleitung ihrer Tochter gekommen, gepflegt gekleidet gewesen, sehr freundlich und in guter Stimmung. Die Beweglichkeit sei durch die Schmerzen sichtlich beeinträchtigt, psychomotorisch sei sie ansonsten unauffällig.

Sie habe psychische Probleme entschieden verneint und

ausgeführt, sie sei abgesehen von den Schmerzen sehr zufrieden mit ihrem Leben. Sie halte einen gut strukturierten Tagesablauf ein, stehe morgens zeitig auf und gehe mit den Hunden spazieren. Sie besuche täglich ihre Mutter, besorge den Haushalt und kümmere sich um die Tiere in ihrem Terrarium (S. 2 unten).

Zur Psychopathologie führte Dr. G.\_\_\_\_ aus, die Patientin sei wach, bei klarem Bewusstsein und in allen Qualitäten allseits orientiert. Die mnestischen Funktionen seien kursorisch geprüft intakt. Auffassung, Konzentration und Aufmerksamkeit seien während der ganzen Zeit der Untersuchung ungestört, und der Antrieb sei im Normbereich. Es bestünden keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen. Das Verhalten sei weder durch Befürchtungen noch Zwänge oder Phobien eingeschränkt. Es gebe keine Anzeichen für eine Störung der Wahrnehmung, keine Ich-Störungen und keine paranoiden Symptome. Die Grundstimmung sei ausgeglichen, affektiv stabil, das Selbstwertgefühl intakt und die affektive Modulationsfähigkeit sei erhalten. Es bestehe keine Suizidalität, Schlaf und Appetit seien ungestört (S. 3 oben). 3. 7

Dr. C.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 8. März

2016 (Urk. 6/60/1-3) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): Verdacht auf somatoforme Störung - klinisch intermittierende Gangstörung und Kraftverlust der

Beine - Status nach massiver körperlicher Misshandlung im jungen Erwachsenenalter

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, der Zustand habe sich eher verschlechtert (Ziff. 1.3). Aufgrund der Unberechenbarkeit des Auftretens der Symptome sei aus seiner Sicht sogar eine angepasste Tätigkeit nicht zumutbar (Ziff. 2.1). Es bestehe eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 100% (Ziff. 2.2). Es finde derzeit keine Behandlung statt und keine Medikation (Ziff. 3.1-2). 3. 8

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nannte in seiner Stellungnahme vom 15. April 2016 (Urk. 6/64/2-3)

als Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein thorakolumbales Schmerzsyndrom

bei radiologisch Facettengelenksarthrosen L1 bis L5, ohne

Kompromittierung neuraler Strukturen, elektoneurophysiologisch unauffällig und ohne entzündliche/demyelinisierende ZNS-Erkrankung.

Dr. H.\_\_\_\_ führte aus, die bisherige Tätigkeit als Kioskverkäuferin sei daher zu schwer, und es bestehe seit dem 26. April 2013 auf Dauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne häufige wirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (Bücken, Hocken, Knien, Überkopparbeit), ohne häufige Rumpfrotationen bestehe keine Arbeitsunfähigkeit.

Zu den im Einwandverfahren vorgelegten neuen Arztberichten führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, als die Arbeitsfähigkeit einschränkend habe Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 8. März 2016 eine sich verschlechternde somatoforme Störung genannt. Dr. G.\_\_\_\_ habe in seinem

ausführlichen Arztbericht vom 13. Februar 2016 jedoch eine psychische Erkrankung ausschliessen können. Auch der Neurologe Dr. E.\_\_\_\_ habe am 2. Februar 2016 eine Erkrankung aus seinem Fachgebiet ausschliessen können, und gemäss Radiologiebefund von Dr. D.\_\_\_\_ vom 24. Dezember

2015 lägen im MRI geringe degenerative Veränderungen der LWS vor. Es sei also eindrücklich dargelegt worden, dass kein wesentliches Korrelat für die geklagten Beschwerden vorliege. Wider besseren Wissens habe Dr. C.\_\_\_\_ eine längst widerlegte Diagnose präsentiert. 4.4.1

Die Beschwerdeführerin ging

gestützt auf die Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_, RAD, vom April 2016 (vgl. vorstehend E. 3.8) davon aus, dass seit dem 26. April 2013 in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Kioskverkäuferin keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, jedoch in einer angepassten Tätigkeit seit jeher eine vollständige Arbeitsfähigkeit

gegeben sei (vgl. vorstehend E. 2.1). 4.2

Auf die Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_

vom April 2016 kann vorliegend abgestellt werden. So ergaben sämtliche fachärztlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin, beispielsweise die umfassenden bildgebenden Abklärungen in der B.\_\_\_\_ Klinik im Juni 2013 (vgl. vorstehend E. 3.1), keine Befunde, welche die

geklagte Symptomatik erklären könnte. Auch nach erneut im Dezember 2015 bei Dr. D.\_\_\_\_ durchgeführtem MRI der LWS konnten lediglich leichte degenerative Veränderungen festgestellt werden (vgl. vorstehend E.

3.4). Weiter blieb die neurologische Untersuchung der Beschwerdeführerin durch Dr. E.\_\_\_\_ im Februar 2016 ohne Befunde, und er konnte den von ihr beschriebenen plötzlichen Kraftverlust in den Beinen nicht erklären (vgl. vorstehend E.

3.5). Da Dr. E.\_\_\_\_ jedoch den Verdacht auf eine psychische Problematik

äusserte, wurde die Beschwerdeführerin in der Folge durch den Psychiater Dr. G.\_\_\_\_ untersucht (vgl. vorstehend E.

3.6). Dieser konnte nach seiner Untersuchung im Februar 2016 allfällige psychiatrische Diagnosen - insbesondere eine somatoforme Schmerzstörung -

ausschliessen.

Auffallend ist, dass die Beschwerdeführerin ihm gegenüber nur von chronischen Schmerzen sprach, von drei- bis viermal jährlich auftretenden schweren Lumbalgien, welche im Verlauf von etwa drei Wochen wieder abklingen würden, jedoch nichts von den Stürzen erzählte.

Aus dem Bericht geht denn auch nicht hervor, dass es während der Untersuchung, wie bei den Voruntersuchungen bei Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ zu Stürzen kam. Beschrieben wurde seitens Dr. G.\_\_\_\_

lediglich eine eingeschränkte Beweglichkeit der Beschwerdeführerin.

Des Weiteren gab Dr. G.\_\_\_\_ einen weitgehend normalen Tagesablauf der Beschwerdeführerin wie der, indem er ausführte, sie halte einen gut strukturierten Tagesablauf ein, stehe morgens zeitig auf und gehe mit den Hunden spazieren. Weiter besuche sie täglich ihre Mutter, besorge den Haushalt und kümmere sich um die Tiere in ihrem Terrarium. Dieser Tagesablauf steht im Widerspruch zu den Ausführungen des Hausarztes Dr. C.\_\_\_\_. Dieser nannte einerseits - entgegen dem fachärztlichen Ausschluss der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung durch Dr. G.\_\_\_\_ im Februar 2016

–

eben diese Diagnose als Verdachtsdiagnose erneut in seinem Bericht vom März 2016 (vgl. vorstehend E).

3.7) und sprach von einem sich weiterhin verschlechternden Zustand, ohne dies näher zu erörtern. Die von Dr. C.\_\_\_\_ im August 2013 beschriebene Rollstuhlabhängigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 3.2) wurde sodann in keinem der übrigen Arztberichte erwähnt.

Im Übrigen ist hinsichtlich der Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Seine schlussendlich attestierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit entbehrt einer fundierten medizinischen Begründung und scheint sich weitestgehend auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu stützen. 4.3

Soweit die Beschwerdeführerin verlangt, es seien weitere Abklärungen durchzuführen (vgl. vorstehend E.

2.2), kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen) verzichtet werden. Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. 4.4

Aufgrund des Gesagten ist der Beschwerdegegnerin folgend davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit April 2013 in ihrer angestammten Tätigkeit als Kioskverkäuferin nicht mehr arbeitsfähig ist, jedoch in einer angepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit besteht. 5.

Die Beschwerdeführerin arbeitete sowohl bei der Y.\_\_\_\_ AG, als auch bei der Z.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_ GmbH, in einem variierenden Teilzeitpensum (vgl. Urk. 6/23 Ziff. 2.9, Urk. 6/23/8-19, Urk. 7/42

Ziff. 2.9).

Anlässlich des Standortgespräches vom 17. Juli 2013 führte die Beschwerdeführerin aus, sie habe zwischen 32 und 40 Stunden pro Woche gearbeitet und ihr Pensum in der Vergangenheit aus gesundheitlichen Gründen reduziert. Sie würde bei voller Gesundheit 100 % arbeiten (vgl. Urk. 6/20/1-4 S. 2 oben).

In Anbetracht dessen, dass die im Jahr 1990 und 1991 geborenen Kinder mittlerweile erwachsen sind und sich den mit dem Arbeitgeberbericht der Z.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_ GmbH, eingereichten Lohnabrechnungen zumindest ab August 2012 entnehmen lässt, dass die

Beschwerdeführerin teilweise in einem hohen Pensum gearbeitet hat (vgl. Urk. 6/23/8-19), kann auf ihre Aussage anlässlich des Standortgespräches abgestellt werden, und sie ist dementsprechend als zu 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren. Der Invaliditätsgrad ist demnach nachfolgend anhand eines Einkommensvergleiches zu bestimmen (vgl. vorstehend E. 1.2-3). 6.6.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

### **E. 1.008**

). 6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C\_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

### **E. 6**

/41) erhoben hatte, klärte die IV-Stelle den Sachverhalt weiter ab und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/50;

Urk. 6/53, Urk. 6/57) mit Verfügung vom 22. April 2016 einen Rentenanspruch (Urk. 6/65 = Urk. 2). 2.

Die Versicherte erhob am 23. Mai 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. April 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen und insbesondere eine Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. Juni 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Am 31. Oktober 2016 reichte die Beschwerdeführerin ihre Replik ein und beantragte ergänzend, eventuell sei eine umfassende medizinische Abklärung vorzunehmen (Urk.

### **E. 6.2**

Für die Vornahme des Einkommensvergleiches ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2014, abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Die Beschwerdeführerin arbeitete zuletzt bei der Z.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_ GmbH (vgl. Urk. 6/23). Ausgehend von dem dort im Jahr 2013 erzielten Stundenlohn von Fr. 19.86 (vgl. Urk. 6/23/8-11) würde sie demnach unter Berücksichtigung eines Pensums von 100 %

(vgl. vorstehend E.

5) und der Nominallohnentwicklung von 0.8 % im Jahr 2014

(www.bfs.admin.ch), ein Valideneinkommen von rund Fr. 49'932.-- erzielen (Fr. 24.-- [inklusive Ferien- und Feiertagsentschädigung und Anteil 1/3 Monatslohn, vgl. Urk. 6/23 Ziff. 2.10] x 43 Wochenstunden [vgl. Urk. 6/23 Ziff. 2.9] x 48 Wochen x

#### **E. 6.4**

Es rechtfertigt sich vorliegend, für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen. Das im Jahr 2012 von Frauen im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug Fr. 4'112.-- (LSE

2012, S. 35, Tabelle TA1, Total, Niveau 1). Dies ergibt umgerechnet auf ein Jahr bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (www.bfs.admin.ch) und unter der Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0.7 % im Jahr 2013, von 0.8 % im Jahr 2014 (www.bfs.admin.ch) ein Invalideneinkommen von rund Fr. 52'216.-- im Jahr 2014 (Fr. 4'112.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.007 x 1.008).

#### **6.5**

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

im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3. 2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C\_728/2009 E. 4.1.2).

Ein zusätzlicher Abzug zum Tabellenlohn erscheint in Anbetracht der Umstände vorliegend nicht gerechtfertigt.

#### **E. 6.6**

Da das Invalideneinkommen mit

Fr. 52'216.-- höher ist als das Valideneinkommen

von

Fr. 4'932.-- liegt der Invaliditätsgrad bei 0 % und es besteht demnach kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzu setzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 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: - Rechtsanwalt Adrian Zogg - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchucan

**E. 11**

S. 2). Die Beschwerdeführerin verzichtete am 24. November 2016 ( Urk. 13) auf die Duplik, was der Beschwerdeführerin am 21. März 2017 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk.

**E. 14**

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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