

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00440 vom 15. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00440

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00440 du 15 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00440 del 15 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1972 geborene X.____, welche in ihrem Heimatland eine Business- und Marketing-Sales-Ausbildung absolviert hatte, arbeitete in der Schweiz ab dem 1. Oktober 2009 als Lagermitarbeiterin in einer Firma für Medizinaltechnik in einem Vollzeitpensum. Am 16. September 2014 (Eingangsdatum) meldete sie sich unter Hinweis auf die Folgen eines im Oktober 2013 erlittenen Auffahrunfalls (Rückenschmerzen) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 6/2 und Urk. 6/37). Die IV-Stelle zog die Akten der Suva bei; aus diesen ergab sich, dass die Suva am 13. Dezember 2014 die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2014 verfügt hatte (Urk. 6/6/1-172 und Urk. 6/23 f., insbesondere Urk. 6/24/3-4). Die Arbeitsstelle wurde der Versicherten im Januar 2015 per 31. März 2015 gekündigt (Urk. 6/25/9). Am 18. Februar 2015 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen werde, da sie auf Unterstützung bei der Stellensuche verzichtet habe (Urk. 6/26). In der Folge zog die IV-Stelle erneut die Akten der Suva (Urk. 6/33/1-117) sowie die Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 6/36/14) bei. Sie klärte sodann die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab.

Die Suva wies die von der Versicherten gegen die Einstellungsverfügung vom 13. Dezember 2014 erhobene Einsprache mit Entscheid vom 22. Juli 2015 ab (Urk. 6/47; vgl. auch die erneut eingereichten Suva-Akten [Urk. 6/48/1-266]). Am 14. September 2015 (Urk. 6/55) zog die IV-Stelle die Akten der Krankentaggeldversicherung, welche eine ärztliche Untersuchung der Versicherten bei Dr. Y.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, veranlasst hatte, erneut bei (Urk. 6/56/1-31). Aus diesen ergab sich, dass die Krankentaggeldversicherung die Versicherte am 26. August 2015 darüber informierte, aufgrund des Ergebnisses der ärztlichen Untersuchung (Urk. 6/56/8-18) nur noch Leistungen bis am 30. November 2015 zu erbringen (Urk. 6/56/30 f.). Eine von der IV-Stelle erneut in die Wege geleitete Arbeitsvermittlung wurde am 28. Januar 2016 abgeschlossen, da die Versicherte per 1. Februar 2016 beziehungsweise 1. März 2016 eine Tätigkeit aufgenommen hatte (Urk. 6/74 und Urk. 6/77). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 2. November 2016 [Urk. 6/83]; Einwand vom 12. Dezember 2016 [Urk. 6/89, Urk. 6/93 f.]) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. März 2017 einen Leistungsanspruch der Versicherten (Urk. 2 [= Urk. 6/99]).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

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

E. 1.3

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.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 24. April 2017 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten; eventuell sei eine medizinische Begutachtung zu veranlassen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2017 (Urk. 5) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. Juni 2017 angezeigt wurde (Urk. 7).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, die Beschwerdeführerin leide immer wieder an Rückenschmerzen. Spätestens seit Januar 2015 bestehe jedoch weder in der ehemaligen Tätigkeit als Lagermitarbeiterin noch in einer anderen angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Damit liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Das im Einwandverfahren eingereichte Parteigutachten von Dr. Z. ___ erweise sich als nicht nachvollziehbar (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, Dr. Y. ___ habe in seiner Beurteilung zuhanden der Krankentaggeldversicherung eine HWS-Distorsion diagnostiziert, die weitergehenden Schäden der Bandscheibe und der Wirbelsäule jedoch

ausser Acht gelassen. Es sei sodann nicht einzusehen, weshalb seiner Beurteilung eine höhere Objektivität beigegeben werde als der Beurteilung des Hausarztes Dr. A.____. Dr. Y.____ stehe in einem wirtschaftlich relevanten Auftragsverhältnis zur Krankentaggeldversicherung. Das Privatgutachten von Dr. Z.____ erweise sich demgegenüber als nachvollziehbar und schlüssig. Beim Vorliegen der Diagnose eines Schleudertraumas könne ausserdem nicht auf eine Prüfung der Standardindikatoren verzichtet werden (Urk. 1). 3.

E. 3

Die von der Versicherten gegen den Einpracheentscheid der Suva vom 22. Juli 2015 (Urk. 6/47) beim hiesigen Gericht erhobene Beschwerde vom 9. September 2015 wurde mit heutigem Urteil abgewiesen (vgl. Prozess Nr. UV.2015.00161).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 6. Mai 2015 die folgenden Diagnosen fest (Urk. 6/34 /1): - C6-Radikulopathie bei Bandscheibenvorfall C5/6 mediolateral

linksbetont - Status nach Autounfall mit HWS-Distorsionstrauma am 18.10.2013 - Mikroadenom der Adenohypophyse Er führte sodann aus, eine Tätigkeit sei zu 50 % möglich, wenn keine Gewichte bewegt werden müssten (Urk. 6/34/2).

E. 3.2

Im Bericht der Universitätsklinik B.____ vom 15. Mai 2015 wurden die bereits bekannten Diagnosen als „Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit“ aufgeführt. Weiter wurde festgehalten, bei aktuell (nach durchgeführter Infiltrationstherapie) nur leichten Cervikonuchalgien sei von einer guten Prognose auszugehen. Ein Beschwerderezidiv sei prinzipiell möglich. In diesem Fall sei, abhängig vom beschwerdefreien Intervall, gegebenenfalls eine erneute Infiltration zu planen. Bei Beschwerdepersistenz müsse eine mikrochirurgische Dekompression mit interkorporeller Fusion C5/6 erneut reevaluiert werden. Aktuell bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Es bestünden sodann keine körperlichen, geistigen oder psychischen Einschränkungen. Angaben zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und zur Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit könnten nicht gemacht werden, da das Tätigkeitsprofil nicht bekannt sei. Zu vermeiden seien stark nackenbelastende Tätigkeiten (am Computer), empfohlen würden wechselseitige Belastungen (Urk. 6/38/6-9).

E. 3.3

Dr. A.____ bezeichnete den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in seinem Bericht vom 7. August 2015 als stationär (Urk. 6/49).

E. 3.4

Dr. Y.____ führte in seinem Bericht vom 13. August 2015 zuhanden der Krankentaggeldversicherung die folgenden Diagnosen

auf (Urk. 6/56/13): - Chronisches cervikovertebrogenes Schmerzsyndrom mit lokalen Tendomyosien, aktivierten cervikothorakalen Facettenarthrosen, Insertionstendinosen und Spannungskopfschmerzkomponente bei - Degenerationen an der HWS mit multisegmentalen Diskusprotrusionen (MRI vom 27.1. 2015, B.____) - cervikothorakaler

Fehlstatik (cervikale

Kyphosierung , thorakale links konvexe Torsionsskoliose) - muskulärer Dysbalance und Insuffizienz - Status nach cervikalem Distorsionstrauma am 18.10.2013 (QTF I- II) - Sternocostale Irritation bei - Kontusionstrauma durch Sicherheitsgurt am 18.10.2013 - thorakale Skoliose - Haltungsinsuffizienz

Dr. Y.____

hielt sodann fest (Urk. 6/56/13 f.) , die Beschwerdeführerin klagt über lokale cervikale Schmerzen und eine Spannungskopfschmerzkomponente. Diese seien stark belastungsabhängig. Anamnestische Hinweise auf radikuläre oder myelopathische Komponenten würden nicht gegeben. Bei der klinischen Untersuchung ergebe sich eine schmerzhafte Funktionsbeschränkung der HWS um etwa ein Viertel . Das Maximum der Schmerzhaftigkeit werde auf den

cervikothorakalen Übergang, auf die Dornfortsätze und Facetten in dieser Region projiziert, in geringerem Masse auf die subokzipitalen Muskelansätze und auf den Oberrand des Musculus

trapezius . Radikuläre Defizite oder Irritationen seien nicht erkenntlich und würden sich nicht provozieren lassen . Es ergebe sich eine verstärkte Rippenwölbung kranial links und ein Schultertieferstand links. Die Muskulatur sei partiell deutlich atrophiert, speziell am cervikothorakalen Übergang links. Die paraspinalen Muskulatur sei

cervikal verkürzt, eine weitere Kyphosierung der HWS sei bei Muskelverkürzung nicht möglich. Das Kernspintomogramm der HWS vom 27. Januar 2015 stelle als Hauptbefund eine massige breitbasige

Diskusprotrusion bei C5/6 mit Kyphosierung der Halswirbelsäule dar, des weiteren leichtere Diskusprotrusionen bei C4/5 und C6/7. Zwar liessen sich diskogene Tangentialverengungen beziehungsweise eine leichte Duralsackimpression und eine osteodiskäre

neuroforaminale Enge mit möglicher Affektion der Wurzel C6 links im MRI erkennen. Hinweise auf relevante Kompressionen des Myelons oder der Radix ergäben sich jedoch nicht. Es liege somit ein chronischer Reizüberstand an der HWS vor. Dieser sei durch degenerative Prozesse in den mittleren cervikalen Etagen, eine Fehlstellung der HWS und eine muskuläre Koordinationsstörung bei muskulärer Dysbalance und Insuffizienz bedingt . Als Hauptschmerzquellen würden sich die Ansätze der paraspinalen Muskulatur, die cervikothorakalen Facetten, die schmerzhaften Kontrakturen des Musculus

trapezius , pars superior und der paraspinalen cervikalen Muskulatur identifizieren lassen . Als disponierender Faktor sei auch eine Skoliose zu sehen bei Torsion der BWS mit deutlich verstärkter Rippenwulstbildung links. Die Folgen eines Prellungstraumas des Sternums durch den Sicherheitsgurt müssten ohne symptomunterhaltenden Faktor längst abgeklungen sein . Es werde über Schmerzen im Bereich der costosternalen Gelenkverbindungen geklagt. Hierbei dürften eine sternosymphyseale Belastungshaltung (nach Brügger) und die thorakale Skoliose die dominierende schmerzunterhaltende Rolle spielen. Sodann hielt Dr. Y.____ fest (Urk. 6/56/14 f.) , entsprechend der wissenschaftlichen Datenlage sei von einem Abklingen der unfallbedingten Symptome innerhalb von sechs Monaten auszugehen. Nach der aktuellen Datenlage sei ein Schultertrauma nicht geeignet , bei einer gesunden Bandscheibe eine Protrusion oder einen Prolaps zu erzeugen. Insofern seien die Bandscheibenvorfälle nicht auf den Unfall

zurückzuführen, sondern als unfallunabhängig zu betrachten. Dies sei den Betroffenen – wie auch im vorliegenden Fall – oft schwer zu vermitteln, da vor dem Unfall Beschwerdefreiheit bestanden habe. Zweifellos liege ein fortgeschrittener Chronifizierungsprozess vor. Die früher offensichtlich sportlich sehr aktive Beschwerdeführerin habe sich zunehmend in ihren Aktivitäten eingeschränkt und könne als hochgradig dekontingiert betrachtet werden. Eine wichtige Rolle spielen offensichtlich, entsprechend den Aussagen des Ehemannes, die in seinen Augen unbefriedigende bisherige versicherungsrechtliche Klärung des Unfallzusammenhangs. Dr. Y.____ gelangte zum Schluss (Urk. 6/56/15 f.), dass die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit die Gesundheit der Beschwerdeführerin nicht schädigen. Sie würde im Gegenteil dem Chronifizierungsprozess entgegenwirken. Diese Einschätzung entspreche den aktuellen Leitlinien beim Vorgehen chronischer Schmerzen. Dr. Y.____ empfahl eine schrittweise Steigerung des Arbeitspensums bei Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit, sodass nach etwa zwei Monaten ein 100%iges Pensum erreicht werden könne. Er empfahl einen Arbeitsplatz mit der Möglichkeit zum gelegentlichen Wechsel der Arbeitsposition, überwiegend im Sitzen und zeitweiligem Gehen und Stehen. Anfänglich sollten keine Gewichte über 5 kg gehoben werden. Nach circa drei Monaten wäre das Heben und Bewegen von Gewichten von circa 7.5 kg vorstellbar. Dr. Y.____ fügte schliesslich an (Urk. 6/56/16), bei einem Chronifizierungsprozess sei meistens von mehreren fördernden Faktoren auszugehen. Im vorliegenden Fall seien als chronifizierende Elemente zur Diskussion zu stellen: unregelmässige Schmerzvermeidung, Dekontingierung, suboptimale Therapieformen (passive und mobilisierende Massnahmen statt robrierender und stabilisierender Therapieformen), die für die Beschwerdeführerin aus ihrer Sicht unbefriedigende versicherungsrechtliche Situation bei fehlender Anerkennung ihrer Beschwerden als Unfallfolge.

E. 3.5

) anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführerin darin keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. 4.3

Nach dem Gesagten erweist sich die Beurteilung von Dr. Y.____ als nachvollziehbar und schlüssig. Eine Begutachtung der Beschwerdeführerin in den Fachgebieten Orthopädie, Neurologie und Rheumatologie (Urk. 1 S. 6) ist deshalb nicht angezeigt. Da keine Folgen des Schleudertraumas mehr feststellbar sind (Urk. 6/56/14; vgl. auch das Urteil im Verfahren UV.2015.00161), ist auch nicht ersichtlich, weshalb die Standardindikatoren wie von der Beschwerdeführerin verlangt (Urk. 1 S. 6)

zu prüfen sind. 4.4

Es ist demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist. Gemäss Arbeitgeberbericht vom 28. Mai 2015 (Urk. 6/37) entsprach die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Lagermitarbeiterin in einer Firma für Medizintechnik

dem von Dr. Y.____ beschriebenen Belastungsprofil. Die Tätigkeit wurde überwiegend sitzend ausgeübt mit der Möglichkeit von zeitweiligem Gehen (5 %) und Stehen (10 %). Die zu tragenden oder hebenden Gewichte wurden sodann ausschliesslich als leicht (0-10 kg) taxiert (Urk. 6/37/5). Dr. Z.____, dessen Beurteilung die Beschwerdeführerin für repräsentativ hält (Urk. 1 S. 5), erachtete erst das Heben von Lasten über 10 kg als problematisch und stufte die aktuelle Tätigkeit der Beschwerdeführerin im Restaurant als

angepasst ein (Urk. 6/91/6). Es liegt daher keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor, weshalb sich auch ein Einkommensvergleich erübrigt. 5. 5.1

Selbst wenn ein Einkommensvergleich vorgenommen würde, resultierte kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 %. 5.2

Gemäss Arbeitgeberbericht vom 28. Mai 2015 verdiente die Beschwerdeführerin als Lagermitarbeiterin bei der Medizinaltechnikfirma ab April 2013 einen Bruttolohn von Fr. 52'958.-- (Urk. 6/37/2). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2015 (frühester Rentenbeginn; Indexstand 2648 [2013] auf 2686 [2015], vgl. Bundesamt für Statistik, Arbeitsmarktindikatoren 2016, T 35 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976–2015, Frauen) beträgt das Valideneinkommen demnach Fr. 53'718.-- (Fr. 52'958.-- :

2648 x 2686). 5.3

Zur Bemessung des Invalideneinkommens sind die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 heranzuziehen. Es ist auf den Lohn der Tabelle 1 (TA1), Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Total Frauen, und damit auf ein standardisiertes monatliches Einkommen von Fr. 4'112.-- abzustellen. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41,7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, TOTAL) sowie der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2015 (Indexstand 2630 [2012] auf 2686 [2015], vgl. Bundesamt für Statistik, Arbeitsmarktindikatoren 2016, T 35 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976–2015, Frauen) ergibt sich ein Jahres einkommen von Fr. 52 ' 536.-- (Fr. 4'112.-- : 40 x 41,7 x 12 : 2630 x 2686). 5.4

Die aus dem Einkommensvergleich resultierende Erwerbseinbusse beträgt Fr. 1 ' 182.-- (Valideneinkommen von Fr. 53'718.-- abzüglich Invalideneinkommen von Fr. 52 ' 536.--), was einer Einschränkung im Erwerbseinkommen von gerundet 2 % entspricht. 6.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist demzufolge abzuweisen. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Baumann - 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 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 3.6

Dr. A.____ bezeichnete den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auch in seinem Bericht vom 29. Juni 2016 als stationär. Sie arbeite zu 40 % in einem Restaurant und benötige 3-4 Mal pro Woche Voltaren wegen Nackenbeschwerden, welche nach der Arbeit verstärkt aufträten. Sie sei praktisch nie schmerzfrei. Es bestünden keine radikulären Zeichen (Urk. 6/81).

E. 3.7

Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt in seiner Beurteilung vom 23. September 2016 über die von der Beschwerdeführerin veranlasste Untersuchung fest, eine Steigerung der momentanen Arbeitsfähigkeit in einem Pensum von 35-50 % sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht realistisch. Es seien mehrere Arbeitsversuche mit gesteigertem Arbeitspensum durchgeführt worden. Diese seien jedoch misslungen, trotz des Verzichts auf schwere körperliche Arbeiten. Beim Arbeitsplatz sei auf die Möglichkeit zwischen willkürlichem Wechsel von sitzender, stehender und gehender Position zu achten, dies sei bei der aktuellen Arbeitstätigkeit im Restaurant erfüllt. Das Heben von Lasten über 10 kg sollte bei der Arbeit grösstenteils vermieden werden

(Urk. 6/91/6). Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % sei zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund der Beschwerden nicht möglich, auch nicht in einer dem Leiden adaptierten Tätigkeit. Er könne die von Dr. Y.____ beschriebenen Schmerzquellen im Bereich der paravertebralen Muskulatur bestätigen, gehe mit ihm jedoch hinsichtlich der Frage der Unfallkausalität nicht einig (Urk. 6/91/7). 4. 4.1

Im Vordergrund steht, dass Dr. Y.____ in seiner Beurteilung vom 13. August 2015 festhielt, die Beschwerdeführerin habe in der Anamnese keine Hinweise für radikuläre oder myelopathische Komponenten geben können. Auch seien radikuläre Defizite oder Irritationen nicht erkenntlich und würden sich nicht provozieren lassen. Zwar liessen sich diskogene Tangierungen beziehungsweise eine leichte Duralsackimpression und eine osteodiskäre

neuroforaminale Enge mit möglicher Affektion der Wurzel C6 links im MRI erkennen. Hinweise auf relevante Kompressionen des Myelons oder der Radix ergäben sich jedoch nicht (Urk. 6/56/13 f.). Damit bestätigte Dr. Y.____

die bereits von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurologie,

und Prof. Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädie und Unfallchirurgie, erhobenen Befunde in ihren Berichten zuhanden der Unfallversicherung. Prof. D.____ hatte im Bericht vom 28. Juli 2014 über die gleichentags durchgeführte kreisärztliche Untersuchung (Urk. 6/48/140-143) festgehalten, neurologische Ausfallerscheinungen könnten weder an den oberen noch an den unteren Extremitäten festgestellt werden (Urk. 6/48/142).

Dr. C.____ berichtete am 25. September 2014 sodann (Urk. 6/48/107), nicht nur klinisch, sondern auch elektrophysiologisch fänden sich keine Hinweise darauf, dass die degenerativen HWS-Veränderungen auf Höhe C5/6 und weniger C6/7 zu einer Kompression der Radizes C6 oder C7 führten. Somit könne ein klinisch bedeutsames zerviko-radikuläres Syndrom bei der Beschwerdeführerin derzeit zuverlässig ausgeschlossen werden. Selbst Dr. Z.____ hatte in seinem Privatgutachten keine Befunde für eine radikuläre Symptomatik dokumentiert (Urk. 6/91/5), weshalb die von ihm gestellten Diagnosen

eines chronischen cervikalen und intermittierenden radikulären Schmerzsyndroms sowie eines diskreten intermittierenden radikulären sensomotorischen Ausfallsyndroms C6 Arm links nicht nachvollzogen werden können. 4.2

4.2.1

Es ist somit auf die schlüssige medizinische Beurteilung von Dr. Y.____ abzustellen. Dr. Y.____ betrachtete die Beschwerdeführerin als hochgradig deconditioniert und ging davon aus, dass die Schmerzquellen im Bereich der paravertebralen Muskulatur zu finden seien. Er erachtete die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sodann nicht als gesundheitsschädigend und empfahl eine schrittweise Steigerung des Arbeitspensums bei Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit. Er empfahl sodann einen Arbeitsplatz mit der Möglichkeit zum gelegentlichen Wechsel der Arbeitsposition, überwiegend im Sitzen und zeitweiligem Gehen und Stehen. Anfänglich sollten keine Gewichte über 5 kg gehoben werden. Nach circa drei Monaten wäre das Heben und Bewegen von Gewichten von circa 7.5 kg vorstellbar (E. 3.4). 4.2.2

Anhaltspunkte dafür, weshalb die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. Y.____ unangemessen sein sollte, sind nicht ersichtlich: Die Berichte der Universitätsklinik B.____ erweisen sich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als nicht massgebend. Im Bericht vom 15. Mai 2015 wurden sowohl das Vorliegen körperlicher, geistiger oder psychischer Einschränkungen sowie das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit verneint. Weshalb vor diesem Hintergrund keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und zur Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit gemacht werden konnten – unter dem Hinweis, das Tätigkeitsprofil sei nicht bekannt –, erweist sich deshalb als nicht nachvollziehbar (vgl. E. 3.2).

Im Bericht der Universitätsklinik B.____

vom 9. Juni 2015 (Urk. 6/56/19) wurde denn auch festgehalten, Fragen zur Arbeitsfähigkeit seien nicht beantwortbar. Auch die Berichte von Dr. A.____

(Facharzt für Allgemeine Medizin) überzeugen nicht, fehlt ihnen doch eine nachvollziehbare Begründung und vermögen sie die Einschätzung der Fachärzte Y.____, C.____ und D.____ nicht in Zweifel zu ziehen. Schliesslich ist in Bezug auf Dr. A.____

auch der Erfahrungstat sache Rechnung zu tragen, dass be handelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patie nten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Was den Bericht des Universitätsspitals, Augenklinik, vom 2 9. November 2015 (E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

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