

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00011 vom 5. August 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00011

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00011 du 5 août 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00011 del 5 agosto 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1966, war von Oktober 2002 bis zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber per Ende Oktober 2018 als Casserolière / Küchenhilfe

im Z.____, A.____, tätig (Urk. 7/12, Urk. 7/62). Unter Hinweis auf eine seit Ende März 2017 bestehende Arbeitsunfähigkeit

meldete sich die Versicherte am

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 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

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 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 Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt

und einander gegen übergestellt 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

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

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung ist es zulässig, im Wesentlichen oder einzig auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen abzustellen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 122 V 157 E. 1d S. 162). Selbst nicht auf eigenen Untersuchungen beruhende Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste (RAD) können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C_309/2015 vom 27. Oktober 2015 mit Hinweisen). 2.

E. 2

1. November 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, den rechtlich relevanten Sachverhalt abzuklären oder durch ein externes Gutachten abklären zu lassen. Eventuell sei sie zu verpflichten, ihr eine IV-Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 11. Februar 2019 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente mit der Begründung, dass der Beschwerdeführerin laut Einschätzung des RAD eine Wiederaufnahme einer angepassten Tätigkeit zu 70 % zumutbar sei. Ausgehend vom Durchschnittswert der im individuellen Konto (IK) für die letzten drei Jahre ausgewiesenen Einkommen als Valideneinkommen und einem gestützt auf statistische Werte ermittelten Invalideneinkommen errechnete

sie einen rentenaus schliessenden Invaliditätsgrad von 26 % (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, die Beschwerdegegnerin sei ihrer Untersuchungspflicht nicht nachgekommen. Es könne nicht auf die RAD-Stellungnahme abgestellt werden, die angenommene 25 - 30%ige Leistungsmin derung könne nicht nachvollzogen werd en und entspreche nicht den medizini schen Erkenntnissen. In den medizinischen Akten werde eine volle Arbeitsunfä higkeit attestiert. Wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuve rlässigkeit und Schlüssigkeit v ersicherungsinterner Abklärungen best ünden , könne nicht darauf abgestellt werden . Weiter sei das Invalidenein kommen nicht sachgemäss ermittelt worden. Es sei ein leidensbedin gter Abzug von 25 % vorzunehmen (Urk. 2 S. 3 ff. Ziff. 2) .

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und in die sem Zusammenhang die Frage, ob der medizinische Sachverhalt genügend abge klärt wurde und ob im Rahmen der Invaliditätsbemessung beim Invalidenein kommen ein Abzug vorzunehmen ist. 3. 3.1

Die medizinische Aktenlage

präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

3.2

Am 2 2. Juni 2017 berichteten die Ärzte des B.____ , C.____ , über die Erstkonsultation der Beschwerdeführerin vom gleichen Tag (Urk. 7/8/12-15) . Sie nannten folgende Schmerzdiagnose (S. 1 Mitte): - zervikobrachiales Schmerzsyndrom beidseits linksbetont - Differenzialdiagnose (DD) myofaszial , radikulär (insbesondere C6 links), fazettär - Medianusneuropathie bei Karpaltunnelsyndrom (CTS) , protrahierter postoperativer Verlauf nach CTS-Operation beidseits, CRPS

Die Ärzte führten aus , am 4. April 2017 sei eine Dekompression des Nervus medianus rechts und am 1 3. April 2017 eine Dekompression des Nervus medianus links erfolgt (S. 1 Mitte, vgl. dazu Urk. 7/9/16-17). Die Schmerzen in den Fingern seien postoperativ verschwunden, nur der Bereich der Narben schmerze noch et was. Störend sei allerdings das seit der ersten Operation zunehmende Taubheits gefühl in der ganzen Hand radialeseits betont und die zunehmenden elektri siere n de n Schmerzen (S. 1 unten). 3.3

Die am 1 9. Juli 2017 durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS ergab de gene rative Veränderungen im Bereich der HWS mit maximaler Stenose auf Höhe C4/5 median und paramedian rechts. Ferner foraminale Einengungen und eine chro nische kompressive Myelopathie auf Höhe C4/5 und C5/6 (Urk. 7/8/20) . 3. 4

A m 2 1. August 2017 wurde im B.____ , D.____ , eine mikrochirur gische anteriore zervikale Diskektomie HWK 4/5 und HWK 5/6 mit Cage-Einlage und Arthrodese mit Venture-Platte durchgeführt (Urk. 7/9/18-20). Im Aust ritts bericht vom 2 5. August 2017 (Urk. 7/9/3-5) führten die Ärzte aus, nach erfolg reichem Eingriff hätten sich die ausstrahlenden Schmerzen in beiden Armen zu rückgebildet. Neue neurologische Störungen hätten sich nach der Operation nicht ergeben (S. 4 Mitte). 3. 5

Am 12. Oktober 2017 (Urk. 7/9/1-2) berichteten die Ärzte des B.____, D.____, der Verlauf sei regelrecht und erfreulich. Die brennenden Dysästhesien sowie auch die elektrisierenden Armschmerzen hätten nach der Dekompression des Rückenmarkes und der segmentalen Nerven wie erwartet vollständig abgenommen. Die derzeit noch bestehenden Symptome in Form einer Hypästhesie der distalen C6-Dermatome und einer Schulter-/Armschwäche links (vgl. S. 1 Ziff. 1) seien auf die diffuse, bereits präoperativ bestandene Myelopathie zurückzuführen. Aber auch hier sei die Prognose insgesamt günstig. Aufgrund des positiven Verlaufs sei der Beschwerdeführerin ans Herz gelegt worden, die berufliche Tätigkeit möglichst rasch wieder aufzunehmen, sofern eine beschwerdeadaptive Arbeitseinteilung in Bezug auf ihre derzeitigen Defizite möglich sei. Es werde vorgeschlagen, ab dem 23. Oktober 2017 die Arbeit für zwei Wochen zu 50 %

wieder aufzunehmen, wobei möglichst keine schweren Gewichte gehoben werden sollten. Eine graduelle Steigerung der Arbeitsfähigkeit

sei bei gutem Verlauf wünschenswert (S. 2 Mitte). 3.6

Am 2. November 2017

(Urk. 7/32) berichteten die Ärzte des C.____ des B.____, die Beschwerdeführerin

sei seit der Wiederaufnahme ihrer körperlich harten Arbeit zu 50 % sehr müde und klagt über lumbale Rückenschmerzen und zitternde Beine (S. 2 oben). 3.7

Am 24. November 2017 (Urk. 7/33) berichteten die Ärzte des C.____ des B.____, die Wiederaufnahme der körperlich harten Arbeit habe zu einer deutlichen Zunahme der Schmerzen geführt (S. 2 oben). 3.8

Am 28. November 2017 (Urk. 7/20/3-4) berichteten die Ärzte des B.____,

D.____, anamnestisch und klinisch sei es unter Belastung wieder zu einer Zunahme von Kribbelparästhesien und Hypästhesien in den Armen gekommen. Radiologisch zeige sich weiterhin ein regelrechter Befund (S. 2 Mitte). 3.9

In ihrem Bericht vom 6. Dezember 2017 (Urk. 7/20/1-2) nannten die Ärzte des

B.____, D.____, folgende (verkürzt wiedergegebene) Diagnosen (S. 1): - Status nach mikrochirurgischer anteriorer zervikaler Diskektomie HWK 4/5 und HWK 5/6, Cage-Einlage und Arthrodesse mit Venture-Platte mit/bei - bilateraler Zervikobrachialgie des C6-Dermatoms rechtsbetont und Myelopathie, Erstmanifestation (EM) März 2017 - Status nach Dekompression des Karpaltunnels beidseits - leichtes lumboradikuläres Schmerzsyndrom entsprechend L5 links mehr als rechts - ohne sensomotorische Ausfälle - Magnetresonanztomographie (MRT) vom 5. Dezember 2017: relative Stenose des Rezessus von L5 links bei breitbasiger

Diskusprotrusion des Segments L4/5

Die Ärzte führten aus, am 5. Dezember 2017 sei

eine MRT-Diagnostik der HWS und LWS durchgeführt worden. Auf Höhe der HWS seien die postoperative Befunde als regelrecht zu bezeichnen. Eine

residuelle Nervenwurzelkompression sei nicht ersichtlich und das Myelopathie-Signal sei im Vergleich zur präoperativen Situation rückläufig. Hier könne die Situation nicht verbessert werden. Bezüglich der von der Beschwerdeführerin zuletzt auch angegebenen

leichtgradigen Lumbaradikulopathie linksbetont und L5 gibt es ein mögliches Korrelat bei rezessaler Stenose durch eine breitbasige

Diskusprotrusion von L5/S6

4/5. In Anbetracht der klinisch-radiologischen Befunde werde eine periradikuläre Infiltrationsbehandlung der Nervenwurzel L5 angeboten. Operative Massnahmen seien derzeit nicht vorgesehen (S. 2 Mitte). 3.10

In ihrem Bericht vom 13. April 2018

(Urk. 7/45)

fürten die Ärzte des C. ___ des B. ___ aus, im Vordergrund stünden die Schulter-Nacken- Hinterkopfschmerzen, die durch die Arbeit an der Spülmaschine, wo die Beschwerdeführerin die Arme ständig hoch und runter bewegen müsse, aufrecht erhalten würden (S. 2 Mitte). Als Diagnosen nannten sie ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom beidseits linksbetont sowie einen Verdacht auf ein lumbaradikuläres Schmerzsyndrom linksbetont (S. 1). 3.11

Dr. med. E. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 17. Mai 2018 (Urk. 7/50), die Beschwerdeführerin stehe seit August 2017

in seiner Behandlung (Ziff. 1.1). Sie leide seit Jahren an einem chronischen zervikobrachialen Schmerzsyndrom (Ziff. 2.1). Vom 31. März bis 22. Oktober 2017 sei sie voll arbeitsunfähig gewesen, seit 23. Oktober 2017 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese werde vom B. ___ attestiert (Ziff. 1.3), wo die Beschwerdeführerin regelmässig untersucht werde (Ziff. 2.4). Laut Angaben der Beschwerdeführerin sei sie im Arbeitsplan zwei Tage pro Woche eingetragen für Rüstarbeiten und kalte Küche, was funktioniere. Den Rest der Woche werde sie aber immer noch in der Küche eingesetzt, wo sie körperlich strenge Arbeiten verrichten müsse wie etwa schwere Pfannen heben, was sie nicht mehr machen könne. Seit sie wieder zu 50% arbeite, gehe es ihr schlecht (Ziff. 2.2, Ziff. 3.1-3). Die bisherige Tätigkeit sei zu 50% zumutbar (Ziff. 4.1). Wie der Case Manager (des Krankentaggeldversicherers) schon einmal vorgeschlagen habe, dürfe die Beschwerdeführerin nur für leichte Arbeiten eingesetzt werden (Ziff. 5). 3.12

Nachdem er am 20. März 2018 eine Aktualisierung der medizinischen Berichtslage gefordert hatte (vgl. Urk. 7/56 S. 4 oben), verfasste RAD-Arzt Dr. med. F. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, am 29. Mai 2018 eine Stellungnahme (Urk. 7/56 S. 4-6). In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung (S. 5 f.) führte er aus, als Gesundheitsschaden ausgewiesen sei ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom, welches offensichtlich mittlerweile auf niedrigem Niveau mit erheblichen Restbeschwerden stabil sei. Zusätzlich sei nunmehr ein die LWS betreffender Gesundheitsschaden ausgewiesen im Sinne eines Verdachts auf ein

lumbaradikuläres Schmerzsyndrom mit den Befunden gemäss MRI vom 5. Dezember 2017. Auch dieser Gesundheitsschaden sei offenbar stabil. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seien die Angaben von Dr. E. ___ nachvollziehbar, da es sich um eine körperlich mittelschwere bis gelegentlich schwere Tätigkeit handle, die eigentlich nicht mehr zumutbar sei. Für eine optimal angepasste Tätigkeit seien

keine wirklich konkreten Angaben aktenkundig. Doch angesichts des Betroffenseins der oberen und unteren Extremitäten beziehungsweise der HWS und LWS müsse davon ausge-

gan gen werden, dass auch für eine solche Tätigkeit keine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit möglich wäre, sondern überwiegend wahrscheinlich wohl eine Leistungsminderung

von 25-30 % bestehe. Diese Beurteilung gelte ab 23. Oktober 2017. Optimal behinderungsangepasst sei eine Arbeit, die körperlich leicht

und wechselbelastend sei, die kein Heben und Tragen von Lasten über fünf bis sechs Kilogramm und kein häufiges Bücken oder längeres Stehen in vornübergebeugter Haltung sowie Arbeiten über Kopf oder in anderweitigen Zwangshaltungen der Wirbelsäule erfordere (S. 5 unten, S. 6 oben). 3.13

Am 1. Juni 2018 (Urk. 7/54) berichtete

Dr. med. G.____, Oberarzt des C.____ des B.____, die Beschwerdeführerin stehe etwa alle ein bis zwei Wochen bei ihnen in Behandlung (Ziff. 1.2). Aktuell würden vor allem myofasziale Symptome im Bereich des Nackens und Schultergürtels mittels Triggerpunktinfiltrationen behandelt (Ziff. 2.2). Klinisch fänden sich ausgeprägte myofasziale Befunde im HWS- und Schulterbereich im Sinne von Triggerpunkten sowie eine eingeschränkte Mobilität der HWS und der LWS mit

druckdolenten

Fazettengelenken,

des Weiteren Fühlminderungen der oberen Extremitäten beidseits, welche sowohl auf das Karpaltunnelsyndrom als auch auf die multietageren degenerativen Veränderungen der HWS rückführbar seien. Ferner bestehe eine dokumentierte residuelle zervikale Myelopathie auf Höhe C5/6 (MRI HWS vom 5. Dezember 2017; Ziff. 2.4). Im Rahmen der zervikalen Operationen und der Myelopathie sowie des CTS bestünden sicherlich gewisse neurologische Einschränkungen im Bereich der oberen Extremitäten (Fühl- und Kraftminderung) sowie eine raschere Ermüdbarkeit (Ziff. 3.4). Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit gäben sie keine ab (Ziff. 4.1-5). 3.14

In seinem Bericht vom 21. September 2018

(Urk. 7/72) zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin führte Dr. G.____ aus, als Schmerztherapeuten nähmen sie grundsätzlich keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor, da chronischer Schmerz ein zutiefst subjektives Empfinden sei und zwischen Schmerzintensität und Funktionalität nicht selten eine grosse Diskrepanz bestehe.

Als wo möglich handfesten Befund liesse sich die zervikale Myelopathie, das heisse eine Schädigung des Rückenmarks im Halsbereich, anführen, welche wohl einen Grossteil der Schmerzen, Sensibilitäts- und Kräfteinbussen der oberen Extremitäten erklären könne, und die als nicht reversibel zu erachten sei. Für eine exakte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit müsse jedoch eine arbeitsmedizinische Beurteilung erfolgen (Ziff. 2). Für körperlich strenge Arbeit vor allem mit den Armen, das Heben schwerer Lasten und Überkopfarbeiten bestünden zweifellos Einschränkungen (Ziff. 3). 3.15

RAD-Arzt Dr. F.____ führte in seiner Stellungnahme vom 8. November 2018 (Urk. 7/77 S. 3-4) aus,

der neuste Bericht von Dr. G.____ enthalte lediglich die bereits bekannten Diagnosen inklusive der chronologisch geordneten Diagnostik und Therapie. Die gemachten Angaben

zur Leistungsfähigkeit korrelierten hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ganz klar mit seinen Ausführungen in der letzten RAD-Stellungnahme (vgl. vorstehend E. 3.12). Für eine optimal leidensangepasste Tätigkeit sei angesichts der Tatsache, dass in der bisherigen, körperlich schweren Tätigkeit weiterhin eine Arbeitsfähigkeit

von 50 % erbracht werde, medizintheoretisch überwiegend wahrscheinlich zwar nicht von einer un eingeschränkten, aber einer etwas höheren

Arbeitsfähigkeit auszugehen bei einer anzunehmenden Leistungsminderung von 25-30 %

.

3.1 6

In einer E-Mail an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 28. November 2018 (Urk. 3/2) führte Dr. E.____ aus, die Arbeitsfähigkeit als Küchenhilfe sei nicht mehr gegeben. Da die Beschwerdeführerin nicht einmal mehr ihren Haushalt selber führen könne, gäbe es keine angepasste Tätigkeit (Urk. 3/2). 3.1 7

Mit E-Mail vom 11. Dezember 2018 (Urk. 3/3) antwortete Dr. med. H.____, B.____, D.____, dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, sie betreue die Beschwerdeführerin seit Kurzem von neurologisch/schlafmedizinischer Seite. Da die Diagnostik noch nicht abgeschlossen sei und die bisherigen Konsultationen nicht im Hinblick auf arbeitsrelevante Befunde stattgefunden hätten, könne die Frage nach der Arbeitsfähigkeit derzeit nicht abschliessend beantwortet werden. 4. 4.1

Ausweislich der medizinischen Akten leidet die Beschwerdeführerin an einem zervikobrachialen Schmerzsyndrom (vgl. vorstehend E. 3.2 und E. 3.10). Ein im Dezember 2017 von den Neurochirurgen des B.____ noch diagnostiziertes leichtes lumboradikuläres Schmerzsyndrom (vorstehend E. 3.9) wurde im Bericht der Ärzte des C.____ des B.____ vom April 2018 (vorstehend E. 3.10) lediglich noch im Sinne einer Verdachtsdiagnose genannt. Die Behandlung konzentrierte sich dementsprechend vor allem auf myofasziale Symptome im Bereich des Nackens und Schultergürtels (vgl. vorstehend E. 3.13).

Im April 2017 unterzog sich die Beschwerdeführerin

einer beidseitigen CTS-Operation (vorstehend E. 3.2) und bei einschlägiger HWS-Bildgebung (vgl. vorstehend E. 3.3) wurde am 21. August 2017 eine Dekompression des Rückenmarks und der segmentalen Nerven durchgeführt (vorstehend E. 3.4-5). Im Oktober 2017 berichteten die Neurochirurgen des B.____ von einem regelrechten und erfreulichen Verlauf und dass die brennenden Dysästhesien sowie auch die elektrisierenden Armschmerzen vollständig zurückgegangen seien. Die noch bestehenden Symptome in Form einer Hypästhesie der distalen C6-Dermatome und einer Schulter-/Armschwäche links führten sie auf die diffuse, bereits präoperativ bestandene Myelopathie zurück (vorstehend E. 3.5). 4.2

Am 23. Oktober 2017 nahm die Beschwerdeführerin auf Empfehlung der Neurochirurgen des B.____ (vgl. vorstehend E. 3.5) ihre Arbeitstätigkeit im Umfang von 50 % wieder auf, klagte in der Folge jedoch über eine deutliche Schmerzzunahme, eine Zunahme von Kribbelparästhesien und Hypästhesien in den Armen sowie lumbale Rückenschmerzen (vgl. vorstehend E. 3.6-8). Den Akten ist zu entnehmen, dass die Tätigkeit der Beschwerdeführerin an ihrem bisherigen Arbeitsort trotz Anpassungsbemühungen seitens des Arbeitgebers (vgl. Urk. 7/27/4-5) letztlich nicht so angepasst werden konnte, dass sie dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin Rechnung trug, wobei die

Beschwerdeführerin

– entgegen der Empfehlung der Neurochirurgen des B.____

(vgl. vorstehend E. 3.5) –

teilweise ins besondere auch schwer heben

musst e

(vgl. vorstehend E. 3.11). Dementsprechend bezeichnete RAD-Arzt Dr. F.____ die bisherige Tätigkeit als (eigentlich)

nicht mehr zumutbar (vorstehend E. 3.12). Dies ist unstrittig und davon ist auszugehen. 4.3

Als optimal leidensangepasst bezeichnete der RAD-Arzt eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, welche kein Heben und Tragen von Lasten über fünf bis sechs Kilogramm erfordert und welche keine Notwendigkeit beinhaltet, sich häufig bücken oder länger in vornübergebeugter Haltung stehen sowie Arbeiten über Kopf oder in anderweitigen Zwangshaltungen der Wirbelsäule verrichten zu müssen (vorstehend E. 3.12)

Das vom RAD-Arzt formulierte Belastungsprofil trägt dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin mit im Vordergrund stehender zervikobrachialer Problematik in nachvollziehbarer Weise Rechnung. Es steht sodann auch im Einklang mit der Beurteilung durch Dr. E.____, wonach die Beschwerdeführerin nur für leichte Arbeiten eingesetzt werden dürfte (vorstehend E. 3.11), sowie der Beurteilung durch Dr. G.____, wonach für körperlich strenge Arbeit vor allem mit den Armen, das Heben schwerer Lasten und Überkopfarbeiten Einschränkungen bestünden (vorstehend E. 3.14; vgl. auch vorstehend E. 3.15).

In Bezug auf eine entsprechende leidensangepasste Tätigkeit erachtete RAD-Arzt Dr. F.____ eine 25-30%igen Einschränkung der Leistungs- beziehungsweise Arbeitsfähigkeit als überwiegend wahrscheinlich (vorstehend E. 3.12, E. 3.15).

Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob auf diese Beurteilung abgestellt werden kann. 4.4

Vorliegend führte der RAD-Arzt zwar keine eigene Untersuchung durch. Ihm standen aber sämtliche medizinischen Akten zur Verfügung.

Dabei sind insbesondere in den Berichten der Neurochirurgen des B.____ (Urk. 7/9/1-2 und Urk. 7/20/1-2, vgl. vorstehend E. 3.5 und E. 3.9) sowie den Berichten von Dr. G.____ vom C.____ des B.____ (Urk. 7/54 und Urk. 7/72, vgl. vorstehend E. 3.13-14) die im Verlauf berichteten Beschwerden und erhobenen Befunde ausführlich dokumentiert. Aus den medizinischen Akten ergab sich damit ein lückenloser Befund, womit die Durchführung einer eigenen Untersuchung in den Hintergrund rückte und der medizinische Sachverhalt insofern feststand. Die vom RAD-Arzt vorgenommene Beurteilung im Hinblick auf die Frage nach der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ist sodann nachvollziehbar und schlüssig. So leuchtet ein, dass der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit zwar nicht in einem vollen Pensum, aber doch zu etwas mehr als 50 %

zumutbar ist, nachdem sie zuletzt gar ihrer bisherigen, nicht optimal angepassten Tätigkeit in einem entsprechenden Pensum

nachgegangen war. Ge stützt wird diese Annahme durch den Umstand, dass die Beschwerdeführerin

Dr. E.____ gegenüber angab,

die ihr im Rahmen der Anpassungsbemühungen vom Arbeitgeber zugeteilten Rüstarbeiten und die Arbeit in der kalten Küche - mithin leichte Arbeiten – hätten «funktioniert» (vgl. vorstehend E. 3.11). Dass die Beschwerdeführerin die bisherige Stelle letztlich nicht (mehr) in einem 50 % -Pen sum ausüben konnte und diese verlor, lag überwiegend wahrscheinlich am Um stand, dass sie nicht durchgehend mit leichten Arbeiten betraut werden und im mer wieder auch körperlich strenge Arbeiten verrichten musste, was zu Schmerz exazerbationen führte (vgl. etwa Urk. 7/47). Vor diesem Hintergrund vermag die vom RAD-Arzt gezogene Schlu ssfol gerung im Sinne einer 70-75%igen Arbeits fähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten zu überzeugen. Dies nicht zuletzt auch mit Blick auf die von den Neurochirurgen des B.____ im Dezember 2017 beschriebene Befundlage mit einem regelrechten postoperativen Befund ohne ersichtliche Nervenwur zelkompression und mit rückläufigem Myelopathie-Signal (vorstehend E. 3.9). 4.5

Abgesehen vom RAD-Arzt äussert sich nur Dr. E.____ zur Frage nach der Arbeits fähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit, wobei er eine solche zuletzt als nicht gegeben bezeichnete (vgl. vorstehend E. 3.16). Dr. E.____ begründete die sei nes Erachtens vollständig eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auch für leidensangepasste Tätigkeiten damit, dass die Beschwerdeführerin nicht einmal mehr ihren Haushalt führen könne, womit es gar keine adaptierten Tätigkeiten gebe. Dieser Rückkehrschluss erweist sich indes als nicht nachvollziehbar und unbehelflich, nachdem sich aus den Akten ergibt, dass die Beschwerdeführerin, zumindest als sie noch nicht (wieder) zu 50 % in ihrer angestammten, nicht leidensangepassten

Tätigkeit gearbeitet hat, eigenen Angaben zufolge ihren Haushalt führen konnte (vgl. Urk. 7/8/15 oben, Urk. 7/9/11 Mitte).

Dass die behandelnden Ärzte des B.____ auch auf entsprechende Nachfrage hin keine (abschliessende) Antwort auf die Frage nach der Arbeitsfähigkeit geben konnten (vgl. vorstehend E. 3.13-14, E. 3.17), steht einem Abstellen auf die RAD-Stellungnahme schliesslich nicht entgegen, zumal Dr. G.____ unter Verweis auf seine Funktion als Schmerztherapeut in nachvollziehbarer Weise von der Ab gabe einer Einschätzung absah (vorstehend E. 3.14). 4.6

Nach dem Gesagten erweist sich die RAD-Stellungnahme als beweiswertig und es bestehen vor dem Hintergrund der übrigen medizinischen Berichte keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen. Gestützt auf die Beurteilung durch RAD-Arzt Dr. F.____ ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Casserolière /Küchenhilfe nicht mehr arbeitsfähig ist, in einer leidensangepassten Tätigkeit aber eine Arbeitsfähigkeit von zumindest 70 % besteht. Von den beschwerdeweise beantragten weiteren Abklärungen ist daher abzusehen, eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes liegt nicht vor.

Anzumerken bleibt, dass selbst wenn in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von lediglich 60 % ausgegangen würde, kein rentenbe gründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 % resultierte, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt. 5. 5.1

Das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen von Fr. 50'630.80 wurde beschwerdeweise nicht (mehr; anders noch in Urk. 7/73 S. 3 oben) als zu tief gerügt und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass, zumal das von der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren (noch) geltend gemachte Valideneinkommen

von Fr. 52'154.-- nur unwesentlich höher ist und sich nicht auf das Ergebnis auswirkt. 5.2

Nicht gerügt und zu beanstanden ist sodann auch das von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene

Schweizerische

Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 37'655.10 für ein 70%-Pensum, welchem die Beschwerdegegnerin zu Recht das Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) zugrunde legte. 5.3

Bei der Invaliditätsbemessung wurde einzig der nicht vorgenommene Abzug vom Invalideneinkommen gerügt. Die Beschwerdegegnerin stellte sich diesbezüglich auf den Standpunkt, ein leidensbedingter Abzug sei nicht gerechtfertigt, da die reduzierte Leistungsfähigkeit bereits berücksichtigt worden sei (Urk. 2 S. 2 unten). Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, angesichts der einzelnen Wertungselemente (Alter, mangelnde Ausbildung, stark reduzierte Leistungsfähigkeit) sei ein Abzug von 25 % angemessen (Urk. 1 S. 5 unten). 5.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1). 5.5

Die Beschwerdeführerin machte einen Abzug aufgrund einer stark verminderten Leistungsfähigkeit geltend. Diesbezüglich ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass

die reduzierte Leistungsfähigkeit in der RAD-Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit Berücksichtigung fand, was es doch gerade die Leistungsfähigkeit, die der RAD-Arzt als zu 25-30 % eingeschränkt beurteilte und weshalb letztlich von einer

entsprechenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Eine doppelte Anrechnung dieses Gesichtspunkts ist nicht zulässig. 5.6

Soweit die Beschwerdeführerin das fortgeschrittene Alter als Berechtigung für einen Abzug anführte, ist festzuhalten, dass sich insbesondere im Bereich von Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt alters unabhängig nachgefragt (Urteile des Bundesgerichts 8C_403/2017 vom 25. August 2017 E. 4.4.1 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.3) und es ist nicht ersichtlich und wurde auch nicht dargelegt, weshalb dies im konkreten Einzelfall unzutreffend sein soll. 5.7

Inwiefern die geltend gemachte fehlende Berufsbildung einen Abzug vom Lohn für Hilfsarbeiten zu begründen vermöchte, ist ebenfalls nicht ersichtlich und auch beschwerdeweise nicht näher erläutert worden. 5.8

Nicht geltend gemacht aber dennoch zu prüfen ist

schliesslich, ob die im Belastungsprofil formulierten Einschränkungen einen leidensbedingten Abzug

rechtfertigen.

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_826/2015 vom 13. April 2016 E. 3.2.1).

Der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 umfasst rechtsprechungsgemäss

bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb der Umstand allein, dass der Beschwerdeführerin nur mehr leichte Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2 unter Hinweis auf 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4 und 9C_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2). Die weiteren vom RAD-Arzt formulierten Restriktionen (Wechselbelastung, kein Heben und Tragen von Lasten über 5 bis 6 Kilogramm, kein häufiges Bücken oder längeres Stehen in vornübergebeugter Haltung, keine Arbeiten über Kopf oder in anderweitigen Zwangshaltungen der Wirbelsäule) sind sodann nicht derart, dass auch in Bezug auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr von einem genügend

breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen ist. Umstände, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind, sind nicht auszumachen.

Weitere abzugsrelevante Umstände sind nicht ersichtlich und wurden auch nicht geltend gemacht. Die Beschwerdeführerin hat damit zu Recht von einem Abzug vom verwendeten Tabellenlohn abgesehen. 5.9

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 700.--

anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - 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 MosimannBarblan

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 18. Februar 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 8

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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