

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00602 vom 18. März 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-03-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00602](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00602)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00602 du 18 mars 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00602 del 18 marzo 2024

## Erwägungen

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es 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 Erwerbs unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### E. 1.2

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Renten anspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditäts grad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):  
Invaliditätsgrad prozentualer Anteil  
49 Prozent 47.5 Prozent  
48 Prozent 45 Prozent  
47 Prozent 42.5 Prozent  
46 Prozent 40 Prozent  
45 Prozent 37.5 Prozent  
44 Prozent 35 Prozent  
43 Prozent 32.5 Prozent  
42 Prozent 30 Prozent  
41 Prozent 27.5 Prozent  
40 Prozent 25 Prozent

### E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

#### **E. 1.4**

Gemäss Art. 27 bis Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen folgende Invaliditätsgrade zusammengezählt: a.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit; b.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich.

#### **E. 1.5**

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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen). 2.

##### 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2), nach der IV-Anmeldung seien diverse Unterlagen angefordert und der medizinische Sachverhalt abgeklärt worden. Da keine Eingliederungsmassnahmen möglich gewesen seien, sei die Rentenprüfung eingeleitet worden. Bei guter Gesundheit sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin 80 % in ihre Erwerbstätigkeit und die restlichen 20 % in den Haushaltbereich investieren würde. Gemäss dem RAD sei die bisherige

Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit mit dem Belastungsprofil leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne länger dauernde Einnahme einer Zwangshaltung sei der Beschwerdeführerin jedoch zu 100

% zumutbar. Abgestellt auf die Angaben des letzten Arbeitgebers könnte die Beschwerdeführerin in einem 100 % Pensum ein Valideneinkommen von Fr. 57'200.-- erzielen.

Beim Invalideneinkommen sei abgestützt auf die statistischen Werte in einem 100 % Pensum mit dem genannten Belastungsprofil von einem Jahreseinkommen von Fr. 53'814.70 auszugehen. Der IV-Grad liege bei 5

% und damit bestehe kein Anspruch auf eine IV-Rente .

Die Beschwerdeführerin könne keine Bemühungen für eine Erhöhung auf ein 100

% Pensum vorweisen und es sei auch nicht zu argumentieren , dass sie das Pensum gesundheitsbedingt reduziert habe. Denn gemäss dem Entscheid vom März 2007 sei keine Invalidität im Sinne des Gesetzes ausgewiesen worden und es wäre ihr aus medizinischer Sicht zumutbar gewesen, ein Pensum von 100 % aufzunehmen. Dies habe sie aber nicht getan und sich aus freien Stücken für ein Pensum von 80 % entschieden. Da eine Einschränkung von maximal 5 % im Haushaltsbereich

aber nachvollzogen werden könne , sei bei einem Teilinvaliditätsgrad im Haushaltsbereich von 1 % auf ein Gesamtinvaliditätsgrad von 6 % zu schliessen, weshalb sich auch in diesem Fall kein Rentenanspruch ergebe. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich im Wesentlichen

auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 4

f.) , sie habe seit April 2009 als « Site Instructor » gearbeitet und kurz vor dem Treppensturz im Februar 2022 sei ihr eine Beförderung mit gleichzeitiger Erhöhung des Pensums auf 100 % per März/April 2022 angeboten worden. Noch ehe dies umgesetzt werden könne , sei der Unfall dazwischengekommen. Weil ihr eine neue Stelle mit Pensumerhöhung angeboten worden sei und sie schon vor dem Unfall trotz eines Arbeitspensums von 80 % mit allen Überstunden rund 100

% gearbeitet habe, sei sie als 100 % erwerbstätig zu qualifizieren.

Die Beschwerdegegnerin habe auch sonst keine eigenen Abklärungen getätigt, sondern habe sich zur Beurteilung des Leistungsanspruchs lediglich auf die Akten der Suva abgestützt . Dabei sei einerseits die festgestellte psychische Störung, welche gemäss Austrittsbericht D.\_\_\_\_ eine leichte arbeitsrelevante Leistungs minderung begründe , unberücksichtigt geblieben und andererseits liege eine Stellungnahme des RAD-Psychiaters dazu auch nicht vor.

Nicht auf den Unfall vom 2. Februar 2022 zurückzuführende Beschwerden seien auch sonst nicht berücksichtigt worden (S. 6) . Denn die Suva gehe davon aus, dass das im April 2023 diagnostizierte ISG-Syndrom rechts nicht auf das Unfall ereignis vom 2. Februar 2022 zurückzuführen sei und dazu hätten in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_

am 29. August 2023 weitere Abklärungen stattgefunden. Es bestehe eine massive Schmerzhaftigkeit bei Berührung , Kribbelparästhesien im Bereich des rechten dorsalen Ober- und Unterschenkels und in der lateralen Fusssohle sowie

Druckdolenz über den Facettengelenken L5/S1 beidseits. Bei prolongierten Rückenbeschwerden wie auch S1 Radikulopathie sei zur weiteren Diagnostik eine Neurophysiologie mit der Frage nach L5 oder S1 Affektion und eine Aktualisierung der Bildgebung mittels MRI sowie ein SPECT-CT mit der Frage nach einem low grade Infekt bei anamnestisch häufig erhöhter Körpertemperatur vorgesehen. Am 9. November 2023 habe in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ eine Skelettszintigrafie stattgefunden und eine neurophysiologische Untersuchung werde am 18. Dezember 2023 im A.\_\_\_\_

durchgeführt . Es liege damit noch kein stabiler Gesundheitszustand vor und es seien weitere medizinische Abklärung vorgesehen. Die Beschwerdeführerin habe damit verfrüht

über den Leistungsanspruch entschieden (S. 6 f.). Auch wenn davon auszugehen sei, dass sie ab 1. April 2023 wieder zu 100

% arbeitsfähig sei, sei ein Anspruch auf eine befristete Rente zu prüfen. Denn der Unfall habe sich am 2. Februar 2022 ereignet und nach Ablauf des Wartejahrs sei sie nach wie vor ganz in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen

(S. 7

f.). 3. 3.1

Im Bericht des Stadtspitals

B.\_\_\_\_, Institut für Notfallmedizin, über die ambulante Behandlung vom 4. Februar 2022 (Urk. 19/57/33) berichteten die Ärzte, die Beschwerdeführerin sei vor zwei Tagen auf einer Treppe ausgerutscht und habe sich

das Gesäss angeschlagen. Initial hätten Schmerzen bestanden. Sie sei arbeiten gegangen und nun bestehe eine Zunahme der Schmerzen im rechten Gesäss mit Ausstrahlung entlang des rechten

Beines/Rückseite, mit Kribbelparästhesien. Sonst sei sie gesund, es bestehe keine Dauermedikation und Allergien seien keine bekannt. Als Befunde zeigten sich eine Prellmarke am Gesäss rechts, eine ISG-Blockade rechts bei beidseits kräftigen Reflexen. Es sei ein Mobilisationsmanöver ISG rechts durchgeführt worden und die Abgabe von Schmerzmitteln erfolgt. 3.2

Im Austrittsbericht des Stadtspitals

B.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2022 (Urk. 19/60/18-19) über die Hospitalisation vom 2. bis 6. Juni 2022 wurden folgende Diagnosen aufgeführt: 1. Lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts S1 mit/bei: - Diskushernie L5/S1 nach Sturz Anfang Februar 2022 (MRI LWS

## **E. 6**

, ohne Berufsausbildung und Mutter dreier Kinder, geb. 1998, 2003, 2006 war seit Juni 2001 bei Y.\_\_\_\_

AG als Verkäuferin angestellt (Urk. 19/11). Unter Angabe bestehender Behinderungen zufolge einer Depression und eines Auffahrunfalls meldete sie sich am 22. Juni 2004 erstmals zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung an (Urk. 19/2 Ziff.

## **E. 07**

verneinte sie einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 1

## **E. 7**

). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht, zog die Akten der Suva bei und veranlasste ein psychiatrisches Gutachten (vgl. Urk. 19/13 und Urk. 19/17). Mit Verfügung vom 21. März 20

## **E. 9**

/41).

## **E. 14**

Juni 2022 meldete sich die Versicherte unter Angabe gesundheitlicher Beeinträchtigungen zufolge des Unfall ereignisses

zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 19 / 54 Ziff. 6 ). Die IV-Stelle tätigte wiederum Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht und holte mehrfach die Akten der Suva ein. Am 15. Mai 2023 teilte die IV-Stelle mit, dass Eingliederungsmassnahmen nicht möglich seien und der Rentenanspruch geprüft werde (Urk. 19/70). Bei m Nachweis einer Diskushernie unterzog sich die Versicherte am 2.

Juni 2022 ein e m operative n Eingriff am Rücken ( Fenestration L5/S1 ; Urk. 19 /60 /1 5 ) und am 13. September 2022 einer Nachoperation (Spondylodese L5/S1 und Re-Fenestration

sowie Fenestration mit Arthrektomie

L 5 /S1 ; Urk. 19/64/48-50) . In der Folge unterbreitete die IV-Stelle die Akten ihrem regionalen ä rztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme (Urk. 19/84/4-6) und stellte mit Vorbescheid vom 25. Juli 2023 die Abweisung eines Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht (Urk. 19/85). Nach erhobenem Einwand (Urk. 9/88) und nachdem die IV-Stelle eine weitere Stellungnahme ihres RAD sowie eine Stellungnahme ihre r

Aussendienstabklärerin

zur Statusfrage eingeholt hatte (Urk. 19/91/2-4) ,

verneinte sie mit Verfügung vom 12 . Oktober 20 23 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob d ie Versicherte am 13. November 20 23 Beschwerde und beantragte die Zusprache eine Invalidenrente, eventualiter die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren (medizinischen) Abklärung

und Neubeurteilung (Urk. 1 S. 2) . Mit Eingaben vom 12. (Urk. 8 und Urk. 9/1-2) und vom 25. Januar (Urk. 11 und Urk. 12/1-2) sowie

vom 27. Februar 2024 (Urk. 15 und Urk. 16/1-2) reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen ein. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 4. März 20 24 (Urk. 18) unter Beilage einer Stellungnahme ihres RAD ( Urk. 20 ) auf Abweisung der Beschwerde , was der Beschwerde führerin am 5 . März 20 24

zur Kenntnis ge bracht wurde (Urk. 21 ). Am 11.

März 2024 (Urk. 22) äusserte sich die Beschwerdeführerin erneut zur Sache. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 16**

Februar 2022) - Status nach Lumbago Februar 2020 - CT-gesteuerte Infiltration vom 3. März 2022: keine Besserung der Beschwerden - Steroidstosstherapie 3. bis 7. März 2022: keine Besserung der Beschwerden 2. Status nach COVID-19 ohne Pneumonie - Abstrich positiv am 21. März 2022 3. St atus nach

Cervicalsyndrom 4. St atus nach Foramen ovale Verschluss 2006

Die Ärzte führte n aus, bei erstmaligen Rücken- bis Kreuzschmerzen im Jahr 2020 und nach Physiotherapie habe bis nach einem Sturz im Februar 2022 ein beschwerdefreies Intervall

bestanden. Der Sturz habe zu stärksten Rücken- und Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein entlang dem Dermatome S1 geführt. Ursächlich hierfür sei eine Diskushernie in Höhe L5/S1. Eine Infiltration sowie eine Steroidstherapie habe keine Besserung gebracht, sodass aufgrund des hohen Leidensdrucks die Indikation zur Dekompressions-Operation L5/S1 durch Dr. C.\_\_\_\_

gestellt worden sei. Dabei habe sich der peri- und postoperative Verlauf komplikationslos gezeigt,

die Schmerzen seien unter bedarfsgerechter Analgesie gut beherrschbar und die Mobilisation unter Anleitung der Physiotherapie problemlos gewesen. 3.3

Am 13. September 2022 (Urk. 19/64/48-50) berichten die Ärzte des Stadtspitals

B.\_\_\_\_

über die

Hospitalisation vom 15. bis 20. September 2022. Es sei am 15. September 2022 durch Dr. C.\_\_\_\_

eine Spondylodese L5/S1 mit ExpEDIUM CFX, autologem Knochen und Canuit

intercorporal, Re-Fenestration L5/S1 rechts und Fenestration mit Arthrektomie L5/S1 links durchgeführt worden. Der Verlauf habe sich komplikationslos und

zufriedenstellend mit selbständiger Mobilisation unter physiotherapeutischer Instruktion

gezeigt. An der unteren Extremität bestünden keine Auffälligkeiten bei einer Kraft M5 und die Röntgenkontrolle zeige korrekte Stellungsverhältnisse. Die Beschwerdeführerin habe schmerz kompensiert und in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. 3.4

3.4.1

Vom 24. Februar bis 22. März 2023 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik D.\_\_\_\_

auf. Im Austrittsbericht vom 28. März 2023 (Urk. 19/71/49-68) hielten die Ärzte folgende Diagnosen fest: 1. Unfall vom 2. Februar 2022; Treppensturz, ausgerutscht - Rechtslaterale breitbasige Diskushernie L5/S1 mit Obliteration des Recessus lateralis und der Nervenwurzel S1 rechts (Fallführende Diagnose) - Aktivierte Osteochondrose / Arthrose L5/S1, Segmentdegeneration L5/S1 - Status nach Insertionstendopathie und - tendinitis der M. gluteus medius/minimus mit Begleitbursitis epitrochanterica rechts und geringem entzündlichem Einbezug des M. tensor

fasciae

lata rechts - Status nach Beckenprellung - Status nach LWS-Prellung - Status nach Fussprellung rechts - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemischt ICD-10 F45.41 2. Status nach Covid-19 ohne Pneumonie 3. Status nach Cervicalsyndrom 4. Status nach

Foramen ovale Verschluss 2006 Zum jetzigen Leiden und den aktuellen Beschwerden gebe die Beschwerdeführerin an (Urk. 19/71/57), sie habe am 2. Februar 2022 einen Treppensturz erlitten, sei dabei auf den Rücken gefallen und sei danach initial bei Schmerzen im B.\_\_\_\_-Spital behandelt worden. Aktuell klagt sie über seit dem Unfall

bestehende persistierende Schmerzen der LWS . Im Sitzen in Ruhe lägen die Schmerzen bei NRS 7/10. Im Liegen seien die Schmerzen leicht gebessert ;

beim Laufen und bei Belastung verstärken sie sich auf NRS 9/10. Sie habe auch Parästhesien und Hyperästhesien

im Bereich der Rückseite des rechten Beines, verstärkt bei Berührung, vor allem im Bereich der rechten Ferse. Bei Berührung der Unterseite des rechten Beines habe sie verstärkte Schmerzen. Sie habe auch einen Kraftverlust im rechten Bein seit dem Unfall und einen leichten Gefühlsverlust im Bereich der Rückseite des rechten Beines. Psychisch fühle sie sich durch den Unfall belastet, die OP sei ohne Erfolg gewesen und die Schmerzen hätten sich verstärkt , wobei die Beschwerdeführerin psychisch stabil wirke . Aus somatischer Sicht wurde ausgeführt (Urk. 19/71/52 f.) , im Rahmen eines Treppensturzes vor mehr als 13 Monaten und einer dabei zugezogenen Beckenprellung sei auch eine erosive Osteochondrose Segment L5/S1 progredient zu einer Voruntersuchung vom 3. Februar 2020 diagnostiziert worden . Bei der Beschwerdeführerin hätten initial stärkste Rücken- und Kreuzschmerzen mit

Ausstrahlung in das rechte Bein bestanden. Nach einer ersten Operation am 2.

Juni 2022 und

bei weiterem Leidensdruck einer operativen Spondylodese L5/S1 am 15. September 2022 sei die Beschwerdeführerin zur Rehabilitation mit Schmerztherapie zugewiesen worden , um einer Chronifizierung der Beschwerde symptomatik entgegenzuwirken.

Im Vordergrund stehen weiterhin eine lumbale Schmerzsymptomatik mit Ausstrahlung in das dorsale rechte Bein bis zum Fuss.

Im Zuge der Physiotherapie hätten keine namhaften Fortschritte erzielt werden können .

Es sei

am 20. März 2023 vor dem Austritt ein Belastungstest mit Limiten durchgeführt worden, wobei sich die Beschwerdeführerin unter Angabe von starken Rückenschmerzen selbst limitiert und in der Ausführung stark eingeschränkt gezeigt habe . Die

Übungen hätten nur sehr langsam ausgeführt werden können und es sei ein auffälliges Schmerz- und Leistungsverhalten und eine erhebliche

Symptomausweitung

gezeigt worden . Da bei habe sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen

mit den objektivierbaren

pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den

Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären lassen .

Die Resultate der physischen Leistungstest seien für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen

Belastbarkeit nicht verwertbar und von der Empfehlung weiterer ambulanter Physiotherapie sei bei ausbleibender Verbesserung der

Beschwerden ab zusehen. Die Beschwerdeführerin sollte im weiteren Verlauf eine leichtere Arbeit mit

einer wechselhaften Belastung für den Rücken

aufnehmen. Aufgrund fehlender Fortschritte sei die Reha früher abgebrochen worden (Urk. 19/71/53). Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit, Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive führten die Sachverständigen aus (Urk. 19/71/51), es ist davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als dies bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Infolge Selbstlimitierung hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nicht verwertbar. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze deshalb auf medizinisch-theoretischen Überlegungen ab, unter Berücksichtigung der Beobachtungen. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich dabei medizinisch-theoretisch nicht begründen. Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine (richtig: keine vgl. nachstehend E. 3.4.2) mindestens leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung

zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen. Aus unfallkausaler Sicht sei die Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Verkäuferin im Detailhandel nicht mehr gegeben, da

die Anforderungen einer vorwiegend

stehenden und gehenden Tätigkeit zu hoch seien. Andere berufliche Tätigkeiten, eine leichte Arbeit, wechselbelastend, ohne längerdauernde Einnahme von

Zwangshaltungen, seien ganztags zumutbar. 3.4.2

Im Psychosomatischen Konsilium führten die leitende Psychiaterin Dr. med. Dr. phil. E.\_\_\_\_ und Dipl. Psych. F.\_\_\_\_

aus, wegen der anhaltenden depressiven Symptomatik sei Amitriptylin, das bereits seit langem installiert worden sei, jedoch keine ausreichende Wirksamkeit aufgewiesen habe, abgesetzt und stattdessen Trittico

retard initiiert worden. Hierunter habe die Beschwerdeführerin bereits nach einigen Tagen über eine Verbesserung ihres Schlafes berichtet. Es sei eine ambulante Psychotherapie mit Schwerpunkt Unterstützung bei der Schmerzverarbeitung indiziert. Sodann sei die weitere Aufdosierung von Trittico und eine Anpassung der Analgesie mit Ausschleichen von Oxycodon zu empfehlen. Zur Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, die festgestellte psychische Störung begründe aktuell keine mindestens arbeitsrelevante Leistungsminderung zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen (Urk. 19/71/46). 3.5

Im Bericht der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2023 (Urk. 19/78) über die neurologische und neurophysiologische Untersuchung vom gleichen Tag führte der zuständige leitende Arzt aus, die Beschwerdeführerin gebe an, seit zirka einem Jahr unter lumbalen Schmerzen zu leiden, die teilweise auf der rechten Seite bis zur Grosszehe links,

aktuell bis zur Kniekehle absteigen würden. In der klinischen Untersuchung zeige sich eine leichte Grosszehenheberschwäche rechts (M4) ohne weitere sichere fokale-neurologische Defizite im Bereich der unteren Extremitäten. Neurophysiologisch hätten sich in der Myographie der L5 versorgten Kennmuskeln keine Hinweise auf eine akute, floride Radikulopathie (L5 beidseits) ergeben. 3.6

In der Aktenbeurteilung vom 5. Juli 2023 (Urk. 19/84/5-6) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, vom RAD fest, die Beschwerdeführerin gebe eine lumbale Schmerzsymptomatik nach einem Sturzereignis an. Bei Schmerzpersistenz sei nach initialer Behandlung eine Sequesterektomie im Juni und im

September 2022 eine Revision durchgeführt worden. Ein Jahr postoperativ bestehe anamnestisch weiterhin eine Schmerzproblematik. Funktionell ergebe sich dabei kein sensomotorisches Defizit. Bildgebend und graphisch zeige sich in der Kontrolle vom Mai 2023 ein

intaktes Osteosynthesematerial, eine Lockerung sei ausgeschlossen und in der MR Bildgebung vom Oktober sei ein Rezidiv ausgeschlossen worden. Elektrophysiologisch habe

sich kein Hinweis auf eine floride Denervation

in der Myographie finden lassen und die Beschwerden und deren Ausmass hätten nicht objektiviert werden können. Im

Frühjahr 2023 sei ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt durchgeführt worden und dabei sei eine erhebliche

Symptomausweitung dokumentiert worden. Während des stationären Aufenthaltes sei eine psychosomatische

Beurteilung durchgeführt und Behandlungsempfehlung ausgesprochen worden. Da keine unfallfremden Diagnosen zu berücksichtigen seien, könne versicherungsmedizinisch auf den Suva-Entscheid abgestützt werden.

Dabei sei die angestammte Tätigkeit als Verkäuferin nicht mehr als leidensgerecht zu beurteilen und in einer

angepassten Tätigkeit gemäss dem Belastungsprofil der Suva liegen

spätestens seit April

2023 eine volle Arbeitsfähigkeit vor. 3.7

Im Sprechstundenbericht der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2023 (Urk. 19/96/3) führte die zuständige Oberärztin aus, die erneute Vorstellung erfolge nach stattgehabter Nervenwurzelinfiltration S1 rechts. Die Beschwerdeführerin berichte über

ein lediglich kurzzeitiges, diskretes Ansprechen. Weiterhin sei sie massiv schmerzgeplagt aufgrund tieflumbaler Rückenschmerzen wie auch einer S1 - Radikulopathie rechtsseitig. Die Rückenschmerzen seien nach oben genannter Operation nie besser geworden und seit den letzten Bildgebungen im Frühjahr in etwa stationär, trotz ausgebauter Analgesie. Zur weiteren Diagnostik sei eine Neurophysiologie mit der Frage nach einer L5 oder S1 Affektion, eine Aktualisierung der Bildgebung mittels MRI sowie ein SPECT-CT mit der Frage nach einem low grade Infekt zu planen. 3.8

In einem weiteren Sprechstundenbericht der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2024 (Urk. 12/1) hielt die Oberärztin i.V. fest, die neurophysiologische Testung vom 18.

Dezember 2023 habe Hinweise auf eine floride Denervation im Musculus gastrocnemius medial rechts im Sinne einer floriden Radikulopathie S1 rechts gezeigt. Die Beschwerdeführerin präsentiere sich weiterhin mit einer schmerzhaften und für sie sehr einschränkenden S1-Radikulopathie rechts mehr als links. Neurophysiologisch zeigen sich linksseitig gute Denervierungszeichen und im SPECT/CT keine

Hinweise für einen Infekt bei intaktem Osteosynthesematerial. Bei einer MR-graphisch rezessiv und foraminal nicht eingeschränkten Nervenwurzel sei aufgrund des ungewissen Outcomes

auf eine erneute operative Dekompression zu verzichten. 3. 9

Die RAD-Ärzte Dr. G.\_\_\_\_

und Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führten in der Aktenbeurteilungen vom 8. und 13. Februar 2024 aus (Urk. 20 S. 2), im Austrittsbericht der Rehaklinik D.\_\_\_\_ vom

2. Februar 2022 sei eine

erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden und

aufgrund von Selbstlimitierungen hätten die erwarteten

Verbesserungen nicht erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich nur zum Teil erklären und eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit könne medizinisch-theoretisch nicht begründet werden. Bei der Beurteilung der psychischen Diagnose im psychosomatischen Konsilium sei die subjektive Schmerzdarstellung ein wesentlicher Bestandteil gewesen. Bei festgestellter Symptomausweitung sei es jedoch fraglich, ob auf die subjektiven Angaben abgestellt werden könne. Darüber hinaus sei der Bericht über das psychosomatische Konsilium vom 27. März 2023 nachvollziehbar und es sei in der psychischen Beurteilung keine mindestens arbeitsrelevante Leistungsminde rung festgestellt worden.

In der Stellungnahme zur Somatik wurde festgehalten, es liege eine neue orthopädische /neurologische Beurteilung vor und es habe ein pathologischer Befund

hinweisend auf eine S1 Radikulopathie in der neurophysiologischen Untersuchung objektiviert werden können.

Funktionell besteh e klinisch weiterhin ein stabiler Befund und es würden nach interdisziplinärer

Fallvorstellung und Besprechung keine interventionellen Massnahmen zur Dekompression empfohlen. Die Beschwerdeführerin werde weiter schmerztherapeutisch angebanden. Der klinische und bildgebende Befund sei somit

stabil, ohne massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes. Es werde deshalb an der Vorbeurteilung und

Stellungnahme vom 5. Juli 2023 festgehalten. 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin erlitt am 2. Februar

## E. 22

bei einem Treppensturz Prellungen am Gesäss und eine Blockade

im Iliosakralgelenk, was am 4. Februar 2022 im Notfall des Stadtsitals B.\_\_\_\_ behandelt wurde (E. 3.1). Bei persistieren den Beschwerden und einer lumbalen Schmerzsymptomatik zufolge einer aktivierten Diskushernie auf Höhe L5/S1 wurde im Juni 2022 eine Dekompressions-Operation und im September 2022 eine Revision mit Arthrektomie durch geführt (E. 3.2 und E.

3.3). Ein vierwöchiger Rehabilitationsaufenthalt in D.\_\_\_\_

im Februar/März 2023 brachte weder

Fortschritte noch eine Verbesserung der subjektiven Beschwerdesymptomatik , weshalb die Reha vorzeitig abgebrochen wurde . Dabei stellten die Ärzte ein auffälliges Schmerz- und Leistungsverhalten und eine erhebliche Symptomausweitung fest , weshalb die Leistungstests für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit nicht verwertbar waren. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit legten die Ärzte deshalb aufgrund medizinisch-theoretischer Überlegungen und aufgrund von Beobachtungen fest (E. 3.4). Weitere neurologische und neurophysiologische Abklärungen in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ im Juni 2023 zeigten

ausser einer Grosszehenheberschwäche rechts insbesondere keine Hinweise auf eine akute, floride Radikulopathie (E. 3.5). Eine weitere neurophysiologische Testung im Dezember 2023 ergab dann aber Hinweise auf eine floride Radikulopathie S1 rechts , wobei

sich linksseitig gute Denervierungs zeichen und aufgrund der Bildgebung (SPECT/CT) keine Hinweise für einen Infekt zeigten und ein intaktes Osteosynthesematerial

beschrieben wurde . Bei MR-graphisch nicht eingeschränkten Nervenwurzeln konnten aus ärztlicher Sicht keine weiteren Eingriffe mehr empfohlen werden (E. 3.8). 4.2 4.2.1

Vor diesem Hintergrund überzeugt die medizinische Einschätzung der Beschwerdegegnerin , wonach aufgrund der Rückenproblematik eine steh- und gehbelastende Tätigkeit der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar ist . Nachdem die Beschwerdeführerin hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit angegeben hat, dass es sich um eine vorwiegend gehende und stehende Tätigkeit gehandelt habe (Urk. 19/71/58) , ist auch nachvollziehbar, dass die Ärzte die bisher ausgeübte Tätigkeit als mit dem medizinischen Belastungsprofil nicht mehr vereinbar

beurteilt en . Eine dem Leistungsprofil

angepasste Tätigkeit, die durchaus auch im Detailhandel zu finden ist, wie zum Beispiel als Kassiererin , wurde damit nicht ausgeschlossen . Die sachverständigen Ärzte der Rehaklinik D.\_\_\_\_

sahen sich deshalb veranlasst ,

zur Suche einer besser geeigneten Arbeitsstelle der Beschwerdeführerin die Anmeldung beim RAV zu

empfehlen , ungeachtet dessen, dass sie

in der Untersuchung erklärt hatte, keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen zu können (Urk. 19/71/54). 4.2.2

Was die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit anbelangt, stellte die Beschwerdegegnerin

ebenso auf die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit gemäss den Untersuchungen in der Rehaklinik D.\_\_\_\_ ab, wonach eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne längerdauernde Einnahme von Zwangshaltungen

ganztags zumutbar ist (E. 3.6). Die Beschwerdeführerin wurde dabei auch einer psychosomatischen Abklärung zugeführt und aus psychiatrischer Sicht konnte eine arbeitsrelevante Leistungsminderung ausgeschlossen werden (vgl. E. 3.4.2). Eine konträre Beurteilung liegt nicht vor und dass die Beschwerdeführerin im entscheiderelevanten Zeitraum in psychiatrischer Behandlung gestanden hätte, ist auch nicht aktenkundig. Damit trifft das Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht zu, dass

ein psychisches

Leiden

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit unberücksichtigt geblieben

ist. Ein Solches ist vielmehr nicht aktenkundig. Es ist damit auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt des Vorbescheids vom 25. Juli 2023 in medizinischer Hinsicht auf die Stellungnahme des RAD abgestellt hat, welcher nebst der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des stationären Aufenthaltes in D.\_\_\_\_

auch die weiteren neurologischen und neurophysiologischen Untersuchungen in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_, berücksichtigt hat (vgl. E. 3.6).

Aufgrund zusätzlicher Abklärungen während des laufenden

Verfahrens waren allfällige Änderungen bis zum Verfügungszeitpunkt vom 12. Oktober 2023 zu prüfen. Die

aufgrund der erneuten

neurophysiologischen Testung vom 18.

Dezember 2023 erstmals erhobenen Hinweise auf eine floride Radikulopathie S1 liegen damit ausserhalb des entscheiderelevanten Zeitraums und bleiben im vorliegenden Zusammenhang ohne Belang. Der RAD der Beschwerdegegnerin legte dazu in seiner ergänzenden Stellungnahme aber nachvollziehbar dar, dass trotz des neuen orthopädisch-neurologischen

Befunds einer S1 Radikulopathie funktionell weiterhin ein stabiler Befund vorliegt und die Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_

aufgrund der interdisziplinären Fallvorstellung und Besprechung keine interventionellen Massnahmen zur Dekompression empfehlen konnten. Es überzeugt auch, dass die Ärzte aufgrund der klinischen und bildgebenden Befunde

auf einen stabilen Befund

ohne massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes schlossen.

Damit besteht kein Grund, hinsichtlich der Restarbeitsfähigkeit nicht auf die Beurteilung des RAD abzustellen, welcher seiner Einschätzung insbesondere die Untersuchungsbefunde zugrunde legte, die aufgrund des stationären Aufenthaltes in der Rehaklinik D.\_\_\_\_

erhoben werden konnten. Der medizinische Sachverhalt erweist sich nach dem Gesagten als abschliessend abgeklärt und von weiteren Abklärungen sind für den vorliegend relevanten Zeitraum keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d).

Demnach besteht in

einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne länger dauernde Einnahme von Zwangshaltungen eine Arbeitsfähigkeit von 100

%. 5.5.1

Hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung stellte die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Valideneinkommens auf den zuletzt erzielten Lohn bei der Z.\_\_\_\_ GmbH

in einem 80 % Pensum, aufgerechnet auf ein 100 % Pensum,

und damit auf ein Jahreseinkommen von Fr. 57'200.-- ab (Urk. 19 / 83 und Urk. 19/59/4). Dies blieb zu Recht unbestritten.

Unbestritten blieb auch das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invalideneinkommen, wobei zu Recht die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2020) beigezogen wurden, nachdem die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit nicht verwertet. Die Beschwerdegegnerin ermittelte dabei für das Jahr 2023 ein Invalideneinkommen von Fr. 53'814.70 (Urk. 19 / 83), was mit Blick auf die einschlägigen Tabellen nicht zu beanstanden ist. Der Verzicht auf einen sogenannten leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn blieb mit Blick auf das Belastungsprofil und den grossen Sektor an Hilfsarbeitertätigkeiten, welcher der Beschwerdeführerin noch offensteht, zu Recht unbestritten.

In Gegenüberstellung der massgeblichen Vergleichseinkommen für das Jahr 2023 resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 6 % im Erwerbsbereich. 5.2

Die Schwelle eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % wird damit selbst bei der Qualifikation der Beschwerdeführerin als im Gesundheitsfall zu 100 % im Erwerbsbereich tätig nicht erreicht. Damit erübrigen sich weitere Ausführungen zum Vorbringen der Beschwerdeführerin, dass die Einstufung als im Gesundheitsfall weiterhin zu 80 % im Erwerbsbereich und 20 % im Haushaltsbereich tätig zu Unrecht erfolgt sei. Dass ihr kurz vor dem Unfall eine neue Stelle mit Pensums Erhöhung angeboten worden ist

und sie schon vor dem Unfall trotz einem Arbeitspensum von 80 % mit allen Überstunden rund 100

% gearbeitet hat, ist im Übrigen nicht belegt. Dass die Beschwerdeführerin in den Jahren vor dem Unfall mit Überstunden ein höheres Pensum als 80 % ausgeübt hat, ist im Weiteren auch aufgrund des Auszugs aus dem individuellen Konto (IK, Urk. 19/58) nicht ausgewiesen. 5.3

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, der Unfall habe sich am 2. Februar 2022 ereignet und nachdem über das Wartejahr hinaus eine 100% ige

Arbeits unfähigkeit bestehe , habe sie zumindest Anspruch auf eine befristete Rente , kann ihr nicht gefolgt werden. Es trifft zwar zu, dass der Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis vom 2. Februar 2022 und der erfolgten Operation einer Diskushernie im Juni und einer Revisionsoperation im September 2022 100%ige Arbeitsunfähigkeit en attestiert wurde n .

Nach Ablauf des Wartejahrs hielt sie sich zudem vom 24. Februar bis zum Abbruch am 22. März 2023 zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik D.\_\_\_\_ auf , was

formell auch eine vollständige Arbeits- (und Erwerbsunfähigkeit), während vier Wochen begründet. Dieser Umstand war hingegen zu kurz, um einen vorübergehenden Rentenanspruch auszulösen; denn gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Davon kann bei den geschilderten zeitlichen Verhältnissen nicht ausgegangen werden (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_677/2012 vom 3. Juli 2013 E. 2.3 ) .

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde . 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 8 00.-- festzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang der 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 Tomas Kempf - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle unter Beilage des Doppels von Urk. 22 - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Der Gerichtsschreiber GräubNef

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