

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00314 vom 3. Oktober 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-10-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00314

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00314 du 3 octobre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00314 del 3 ottobre 2008

Erwägungen

E. 2

Der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere sei eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

E. 2.2

Nachdem die IV-Stelle in der Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2007 (Urk. 9, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 10/1-39) die Abweisung der Beschwerde beantragt hatte, wurde mit Verfügung vom 4. Juni 2007 der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt (Urk. 11).

E. 2.3

Am 6. September 2006 (Urk. 11) liess die Versicherte unaufgefordert den Bericht des nativen MRI der LWS vom 28. August 2007 (Urk. 12) sowie das ärztliche Zeugnis von Dr. A. ___ vom 4. September 2007 (Urk. 13) zu den Akten reichen. Die IV-Stelle nahm am 5. Oktober 2007 dazu Stellung (Urk. 17). Am 17. Januar 2008 (Urk. 18/1) liess die Beschwerdeführerin zudem den Austrittsbericht des Sanatoriums F. ___ vom 16. November 2007 (Urk. 18/2) einreichen.

3. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. 1. 1. 1. 1.

1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

1.2 Die Beschwerdegegnerin verneinte den Leistungsanspruch gestützt auf die Einschätzung der Ärzte der Rheumaklinik des Z. ___ in den Berichten vom 16. Juni 2005 (Urk. 10/13/5-8), vom 28. Juli 2005 (Urk. 10/13/1-2) und vom 27. Dezember 2005 (Urk. 10/24), welchen sie vollumfänglich Beweiswert zuerkannte. Sie ging davon aus, dass aufgrund der medizinisch objektivierbaren Faktoren der Beschwerdeführerin ihre frühere Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Eine behinderungsangepasste körperlich leichte Tätigkeit ohne einseitige Körperhaltung und ohne Drehbewegung im Stamm sei aber zu 100 % zumutbar (Urk. 2 S. 3, Urk. 9). Die Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit sei auch nach dem Aufenthalt in der B. ___ von den Ärzten der Rheumaklinik des Z. ___ aufrechterhalten worden (Urk. 9).

1.3 Die Beschwerdeführerin machte geltend, die im Bericht des Z. ___ vom 27. Dezember 2005 vermutete Selbstlimitierung stehe im Widerspruch zu den sonstigen Angaben im Bericht und auch zu den übrigen Akten, insbesondere dem Austrittsbericht der

Physiotherapie der B.____ (Urk. 1 S. 5 f.). Ihr sei auch eine leichte Tätigkeitsfähigkeit nicht mehr zumutbar, weshalb Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe. Sollte ihr keine Rente zugesprochen werden, sei eine polydisziplinäre (rheumatologische, orthopädische, psychiatrische und neurologische) medizinische Begutachtung zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit angezeigt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden liege unbestritten vor. Zur Arbeitsfähigkeit äussere sich nur Dr. A.____ klar und ohne Einschränkung. In sämtlichen weiteren medizinischen Berichten fanden sich keine definitiven Einschätzungen (Urk. 1 S. 7 f.). Die geklagten Beschwerden seien aufgrund der objektiven Befunde erklärbar und es liege keine Symptomausweitung vor (Urk. 14).

2.1.1.1.1.1

2.1.1.1.1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil der angefochtene Einspracheentscheid am 26. Januar 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

2.2.1.1.1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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 ATSG).

2.3.1.1.1.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

2.4.1.1.1.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 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 aller möglichen Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr

zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.4.4.4.4.4.4.4.4.4 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnten; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

4.4.4.4.4.4.4.4.4.4 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstellung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstellung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstellung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der

Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

2.5 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 (BGE 125 V 261 Erw. 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 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

Ä Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formale Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6 Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 140 Erw. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheides eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 161 f. Erw. 2d; ZAK 1984 S. 349 Erw. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 102 Erw. 4 mit Hinweisen).

E. 3

Eventualiter seien zusätzliche medizinische Abklärungen vorzunehmen resp. die Angelegenheit zur Vornahme derselben an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (inkl. 7,6 % MWSt).

Mit ihrer Beschwerde liess sie ausserdem den MR-Bericht der Halswirbelsäule (HWS) vom 23. März 2005 (Urk. 3/3), den MR-Bericht der Lumbalwirbelsäule (LWS) vom 9. Mai 2005 (Urk. 3/4) und den Austrittsbericht Physiotherapie der B.____ vom 25. Juli 2005 (Urk. 3/5) zu den Akten reichen.

E. 3.1

Den medizinischen Akten kann folgender Sachverhalt entnommen werden:

E. 3.2

Dr. C.____ stellte im Bericht vom 23. Dezember 2004 an med. pract. G.____ (Urk. 10/16/10-11) folgende Diagnosen: 1. Lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Teilsacralisation LWK 5 mit beidseitiger Pseudarthrosebildung; 2. Cervicocephales Schmerzsyndrom mit muskulärer Dysbalance der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur; 3. Hinweise auf Symptomausweitung, inadäquate Schmerzverarbeitung. Die Schmerzen im Kreuzbereich führte er hauptsächlich auf die lumbosacrale Übergangsanomalie mit Neoarthrosenbildung zurück. Die Nacken- und Kopfschmerzen erklärte er durch eine muskuläre Dysbalance bedingt. Zudem äusserte er die Auffassung, dass sich wegen des auffallenden Schmerzgebarens während des Untersuchs eine Symptomausweitung und eine inadäquate Verarbeitung der Schmerzen anbahnten.

E. 3.3

Am 2. und am 11. Mai 2005 untersuchte die Neurologin Dr. D.____ die Beschwerdeführerin auf Zuweisung des behandelnden Arztes Dr. A.____ fachärztlich konsiliarisch. In ihrer Beurteilung vom 11. Mai 2005 (Urk. 10/16/17-19) kam sie zum Schluss, klinisch liege ein lumboradikulares Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom L5 rechts vor. Zudem bestehe ein chronisches Cervicalsyndrom, wobei klinisch keine Anhaltspunkte für ein cervikoradikulares Reiz- und Ausfallsyndrom beständen. Das von ihr veranlasste MRI der LWS vom 9. Mai 2005 ergab Osteochondrosen distal, speziell L4/5, sowie leichte Spondylarthrose; eine mediale, wenig nach hinten luxierte Diskushernie L4/5, wahrscheinlich mit Wurzelirritation und Wurzelkompression L5 beidseits (Urk. 3/4). Dr. D.____ hielt zudem fest, die bildgebenden Untersuchungen im HWS-Bereich hätten keine wesentlichen pathologischen Befunde ergeben.

E. 3.4

Vom 1. bis zum 17. Juni 2005 war die Beschwerdeführerin in der Rheumaklinik des Z.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 16. Juni 2005 zuhanden von Dr. A.____ (Urk. 10/13/5) stellten die beurteilenden Ärzte folgende Diagnosen:

1. Lumbospondylogenes Syndrom rechtsbetont

- intermittierend lumboradikulares Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom L5 rechts bei kaudal luxierter Diskushernie L4/5 mit möglicher Wurzelkompression L5 beidseits (MRI LWS vom 9. Mai 2005)

- chronisch intermittierendes Lumbovertebralsyndrom seit 1995

- Haltunginsuffizienz und thorakaler Flachrücken

- Status nach CT-gesteuerter epiduraler Infiltration L5 mit Carbostesin und Kenacort vom 14. Januar 2005

- Status nach Sakralblock mit 80 mg Kenacort und Lidocain am 15. Juni 2005

2.Â Â Â Teilsakralisation mit Neoarthrosenbildung der Massa lateralis beidseits

- Status nach Infiltration mit Depotsteroid 12/04

3.Â Â Â Chronisches cervicospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont

- muskuläre Dysbalance

- diskrete median betonte Diskusprotrusion C5/6 ohne rezessale Enge (MRI HWS 23. März 2005)

4.Â Â Â Verdacht auf Konversionssymptomatik

Nach Auffassung der Ärzte wurde die Beschwerdesymptomatik alleine durch die Diskushernie nur unzureichend erklärt, weshalb die Beschwerdeführerin im Rahmen eines back assessments multidisziplinär beurteilt wurde. Aus ergo/-physiotherapeutischer Sicht zeige sich die Beschwerdeproblematik ausgeprägt selbstlimitiert, im Rahmen der psychologischen Abklärung sei eine gewisse Konversionssymptomatik zum Vorschein gekommen. Sie attestierten für eine körperlich schwere Arbeit eine geringe Arbeitsunfähigkeit, für eine leichtere Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig. Im Weiteren empfahlen sie eine Rehabilitation im Schmerz-Programm H.____ und hielten fest, die Arbeitsunfähigkeit müsse nach erfolgter Rehabilitation neu festgelegt werden (Urk. 10/13/6). Im Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches auf Rente vom 28. Juli 2005 stellten die Ärzte der Rheumaklinik des Z.____ wiederum grundsätzlich die gleichen Diagnosen, äusserten aber keinen Verdacht auf eine Konversionssymptomatik mehr. Auch ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bestätigten sie (Urk. 10/13/1).

E. 3.5

Vom 10. bis zum 31. Juli 2005 war die Beschwerdeführerin in der B.____ zur Rehabilitation hospitalisiert. Im Bericht vom 9. August 2005 (Urk. 10/27) zuhanden von Dr. A.____ stellten die behandelnden Ärzte folgende Diagnosen:

1.Â Â Â Lumbospondylogenes Syndrom (ICD-10: M54.4) rechtsbetont mit/bei:

- intermittierend lumboradikulärem Reiz- und sensiblem Ausfallsyndrom L5 rechts bei DH L4/5 mit Wurzelkompression L5 beidseits (MRI 9. Mai 2005)

- Status nach Infiltration L5 mit Carbostesin und Kenacort am 14. Januar 2005

- Status nach Sakralblock mit 80 mg Kenacort und Lidocain am 15. Juni 2005

2.Â Â Â Chronisch cervicospondylogenes Syndrom rechtsbetont (ICD-10: Q76.4) bei

- diskreter medianer Diskusprotrusion C5/6 ohne Kompression (ICD-10: M45.2) (MRI 23. März 2005)

3.Â Â Â Teilsakralisation mit Neoarthrosenbildung der Massa lateralis beidseits bei

- Status nach Infiltration mit Depotsteroid 12/2004

4.Â Â Â Verdacht auf sekundäre Schmerzgeneralisierung

- 12/18 FMS-Tenderpoints positiv.

Die behandelnden Ärzte hielten fest, die Beschwerdeführerin habe trotz regelmässiger und motivierter Teilnahme an den Therapien nur gering rekonduziert und die Schmerzsituation habe nur leicht verbessert werden können (Urk. 10/27/2). Dem Austrittsbericht Physiotherapie vom 25. Juli 2005 ist zu entnehmen, dass es nicht gelungen sei, die Schmerzen der Beschwerdeführerin zu verbessern. Die Beschwerdeführerin sei motiviert und kooperativ gewesen und habe die Therapien immer regelmässig besucht (Urk. 3/5 S. 2)

E. 3.6

Dr. A.____, welcher die Beschwerdeführerin vom 3. Januar 2001 bis zum 25. Oktober 2003 und wieder seit dem 10. Januar 2005 behandelte (vgl. Urk. 10/16/2), stellte in seinem Bericht vom 5. Dezember 2005 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Lumbospondylogenes rechtsbetontes Syndrom seit 1995 mit intermittierend lumboradikulärem Reiz- und sensiblem Ausfallsyndrom rechts bei Diskushernie L4/L5 mit Wurzelkompression L5 beidseits; 2. Chronisch zervikospondylogenes Syndrom rechtsbetont bei diskreter medianer Diskusprotrusion C5/C6, mit muskulärer Dysbalance seit 2-3 Jahren; 3. Teilsakralisation mit Nearthrosenbildung der Massa lateralis beidseits, Beginn unklar; 4. rezidivierende Kopfschmerzen mit Symptomen einer Trigeminusneuralgie seit 1-2 Jahren. Dr. A.____ beurteilte die Beschwerdeführerin als seit dem 11. Januar 2005 bis zum Berichtsdatum in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Firma zur Produktion von elektronischen Teilen vollumfänglich arbeitsunfähig (Urk. 10/16/5). Im Erwerbsbereich sei die Beschwerdeführerin leider nicht mehr einsetzbar, die Arbeitsfähigkeit betrage 0 %. Abschliessend bemerkte er, es handle sich um ein schweres, leider weitgehend therapieresistentes Leiden, welches objektiviert werden können (Urk. 10/16/6).

E. 3.7

Im Bericht für die Beurteilung auf Rente der Rheumaklinik des Z.____ vom 27. Dezember 2005 wurden abgesehen vom Verdacht auf eine Konversionssymptomatik wieder die gleichen Diagnosen wie im Austrittsbericht vom 16. Juni 2005 gestellt (Urk. 10/24/1). Die Ärzte der Rheumaklinik kamen zum Schluss, eine leichte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zu 100 % zumutbar, in der angestammten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin sei sie seit dem 15. Dezember 2004 bis aktuell vollumfänglich arbeitsunfähig. In der klinischen Untersuchung stellten sie sehr langsame, sehr eingeschränkte und selbstlimitierende Bewegungen fest. Drei von fünf Waddell-Zeichen waren positiv (Urk. 10/24/2). Seit der letzten Beurteilung nach der Hospitalisation vom 1. bis zum 17. Juni 2005 sei es zu einer Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik gekommen. Die Symptomatik sei deutlich ausgeweitet, die Selbstlimitierung zeige sich verstärkt. Bei starker Selbstlimitierung sei eine schlüssige Untersuchung zur Standortbestimmung nicht definitiv möglich. Die objektivierbaren Befunde zusammen mit den im Vorfeld erfolgten MR-Aufnahmen ständen in grosser Diskrepanz zum subjektiven Beschwerdebild. Aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht sei eine leichte Tätigkeit ganztags zumutbar. Bei Zweifeln empfahlen sie zur definitiven Festlegung der Zumutbarkeit eine bidisziplinäre Begutachtung (rheumatologisch/psychologisch), allenfalls unter Einschluss einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) (Urk. 10/24/3).

E. 3.8

Die erneute konsiliarische neurologische und elektrodiagnostische Untersuchung durch Dr. D.____ vom 15. und vom 21. Februar 2006 ergab eine aktuell recht gut bewegliche LWS. Die Beurteilung der elektrodiagnostischen Befunde ergab keine pathologischen Veränderungen der Kennmuskulatur der Nervenwurzel L5. Ein MR der LWS vom 16. Februar 2006 zeigte eine kleine bis mittlere flache bilaterale Hernie L4/5 sowie eine mögliche Wurzelirritation L5 beidseits (Urk. 10/30). Die Ursache der Lumbagobeschwerden mit Ausstrahlungen entlang der Lateralseite des rechten Beines sei möglicherweise ein lumboradikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom L5. Die Symptomatik könne teilweise durch die im MRI nachgewiesene Diskushernie mit möglicher Irritation der Nervenwurzeln erklärt werden. Auffällig sei bei der klinischen Untersuchung, dass eigentlich nur ein leichtes Lumbovertebralsyndrom vorliege. Inwieweit zusätzlich eine funktionelle Komponente vorliege, sei schwierig zu beurteilen (Urk. 10/34/2).

E. 3.9

Am 9. Juni 2006 untersuchte die Rheumatologin Dr. E.____ die Beschwerdeführerin auf Zuweisung des behandelnden Arztes Dr. A.____. In ihrem Bericht vom 14. Juni 2006 kam sie zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin ein generalisiertes Schmerzsyndrom bei vermehrter Schmerzverbreitung vorliege. Wahrscheinlich stehe für diese Beschwerden eine Depression im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin habe generalisierte Schmerzen auf der rechten Körperseite angegeben und jede Berührung verursache Schmerzen. Die unerträglichsten Schmerzen im HWS-Bereich mit Bewusstlosigkeit könne sie sich bei normalen morphologischen Befunden nicht erklären. Die Beschwerdeführerin zeige degenerative Veränderungen der LWS mit einer medialen Diskushernie. Eine gewisse Wurzelreizung rechts könne nicht ausgeschlossen werden. Die klinische Untersuchung habe jedoch keine Anhaltspunkte für eine Wurzelkompression ergeben (Urk. 10/34/7). Aufgrund der Anamnese und des Misserfolgs ihrer Behandlung empfahl Dr. E.____ die Anmeldung bei einem Psychiater und verschrieb der Beschwerdeführerin ein Antidepressivum (Urk. 10/34/8).

E. 3.10

In ihrem Schreiben von 29. September 2006 hielt Dr. E.____ fest, sie könne keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgeben, da der Fall sehr komplex sei, und bat um Durchführung einer Abklärung im ABI (Urk. 10/35).

E. 4

4.1. Zu prüfen ist in der Folge, ob die vorliegende Streitsache gestützt auf die Berichte des Z.____ beurteilt werden kann.

4.2.

4.2.1. Aus den medizinischen Akten wird insgesamt deutlich, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden durch die in den diversen Untersuchungen erhobenen objektivierbaren organischen Befunde in ihrem Ausmass nicht erklärt werden können. Die festgestellten Veränderungen der HWS konnten nicht als pathologisch qualifiziert werden (Urk. 3/3). Dr. E.____ stellte im Bereich der HWS normale morphologische Verhältnisse fest (Urk. 10/34/7). Hinsichtlich der degenerativen Veränderungen der LWS wurde wiederholt lediglich die Möglichkeit einer Wurzelreizung erwähnt (Urk. 3/4, Urk. 10/30, Urk. 10/34/2, Urk. 10/34/7). Die

Neurologin Dr. D.____ konnte klinisch nur ein leichtes Lumbovertebralsyndrom feststellen, die lumbale Wirbelsäule war anlässlich ihrer Untersuchungen vom 15. und 21. Februar 2006 recht gut beweglich, der lumbale Schober war normal. Auch die von ihr erhobenen elektrodiagnostischen Befunde waren unauffällig (Nadel-Elektromyographie vom 15. Februar 2006, Urk. 10/34/2). Im Verlauf machte die Beschwerdeführerin eine Verschlimmerung der Beschwerden geltend, eine objektivierbare organische Verschlechterung geht aber aus den medizinischen Akten nicht eindeutig hervor. Gemäss der höchststrichterlichen Rechtsprechung müssen jedoch subjektive Schmerzangaben durch damit korrelierende fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein, um eine Invalidität begründen zu können (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 2. Dezember 2002 in Sachen R., I 53/02, Erw. 2.2). Die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung der Ärzte des Z.____ stützt sich offensichtlich nicht auf die subjektiven Schmerzangaben der Beschwerdeführerin, sondern auf die festgestellten organischen Schäden und objektivierbaren Befunde. Der behandelnde Arzt Dr. A.____, welcher - wie die Beschwerdeführerin richtig ausführen lässt - als einziger eine vorbehaltlose Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgab, attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Er vertritt jedoch als einziger involvierter Arzt die Auffassung, dass die Beschwerden objektivierbar seien, wohingegen die übrigen involvierten (Fach-)Ärzte die Beschwerden anhand ihrer Untersuchungsbefunde organisch nur ungenügend erklären konnten. Dies führt zum Schluss, dass Dr. A.____ seine Beurteilung hauptsächlich basierend auf die subjektiven Beschwerdeäusserungen der Beschwerdeführerin abgab, was wie erwähnt nicht zulässig ist und dazu führt, dass nicht auf die Einschätzung von Dr. A.____ abgestellt werden kann. Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc), wobei es sich bei den Ärzten des Z.____ ebenfalls um behandelnde Ärzte handelt, weshalb deren Aussage, dass die Beschwerdeführerin in einer leichten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist, umso mehr Gewicht zukommen muss.

Daran ändert auch der Bericht von Dr. med. I.____, Facharzt FMH Radiologie, vom 28. August 2007 über das am selben Tag durchgeführte MRI der LWS (Urk. 12) nichts. Einerseits standen diesem Arzt die Aufnahmen der LWS vom 9. Mai 2005 (siehe Urk. 3/4) offensichtlich nicht zur Verfügung, genauso wenig wie die Resultate der Kernspintomographie der LWS vom 16. Februar 2006 (Urk. 10/30/1), welche bei der medizinischen Beurteilung von Dr. D.____ in ihrem Bericht vom 21. Februar 2006 an Dr. A.____ berücksichtigt worden waren (Urk. 10/34/1-3). Andererseits ist zu beachten, dass bei der Abklärung von lumbalen Rückenschmerzen der Anamnese und der klinischen Untersuchung ein grösseres Gewicht als der bildgebenden Diagnostik allein zukommt. Die bildgebende Diagnostik sollte denn auch lediglich eine klinisch gestellte Diagnose bestätigen (Pfirrmann, Hodler, Boos, Diagnostische Abklärung beim lumbalen Rückenschmerz, in Praxis 1999; 88: S. 315 - 321; Stebler, Putzi, Michel, Lumbale Rückenschmerzen - Diagnostik, in Schweiz Med Forum Nr. 9 vom 28. Februar 2001, S. 205 - 208). Klinisch konnten aber sämtliche Spezialärzte (Rheumatologen und Neurologen), welche die Beschwerdeführerin im Laufe der Zeit mehrmals untersucht hatten, trotz der von ihr seit längerem geklagten starken Schmerzen keine schweren Pathologien erheben.

heisst sich erst im Verlauf verschlimmerte, ist davon auszugehen, dass bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 26. Januar 2007 keine psychische Störung mit Krankheitswert im Sinne des IVG vorlag, weshalb sich weitere medizinische Abklärungen in dieser Fachrichtung erübrigen.

4.4 Zusammenfassend liegt kein krankheitswertiger psychischer Gesundheitsschaden vor und ist gestützt auf die Beurteilung der Ärzte des Z. ___ und in Würdigung der gesamten medizinischen Akten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in einer leichten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig ist.

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin legte sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand des Zentralwertes der Tabellen für Frauen im Anforderungsniveau 4 gemäss LSE 2002 bei Fr. 48'899.-- fest (Feststellungsblatt vom 12. Dezember 2005, Urk. 10/14/1).

5.2 Die Beschwerdeführerin war vom 18. Juni bis zum 15. Dezember 2004 über die Temporärstellenfirma Y. ___ als Maschinenbetreuerin bei der K. ___ beschäftigt (Urk. 10/2/6). Gemäss Auskunft Y. ___ im Arbeitgeberfragebogen vom 12. Juli 2005 machte die Beschwerdeführerin während des temporären Arbeitsverhältnisses nie einen Gesundheitsschaden geltend (Urk. 10/6/3). Zudem sei die temporäre Anstellung wegen Arbeitsmangels bei der Einsatzfirma beendet worden. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin auch ohne Gesundheitsschaden nicht mehr bei der K. ___ beschäftigt gewesen wäre, weshalb zur Bestimmung des möglichen Valideneinkommens die Tabellen der Zentralwerte des standardisierten monatlichen Bruttolohnes gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik heranzuziehen sind. Angesichts der bisher von der Beschwerdeführerin ausgeübten verschiedenartigen Tätigkeiten (Schneiderin/Näherin, Urk. 10/2/3, angelernte Fotolaborantin, Urk. 10/2/4, Bäckerin, Urk. 10/2/5, und Maschinenbetreuerin, Urk. 10/2/6; siehe auch IK-Auszug vom 1. August 2005, Urk. 10/12) ist auf den Zentralwert des standardisierten monatlichen Bruttolohnes für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) beschäftigten Frauen gemäss LSE 2004 abzustellen, welcher im privaten Sektor Fr. 3'893.-- betrug bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (Tabelle TA1 S.53), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,6 Stunden im Jahre 2004 (vgl. Die Volkswirtschaft 6-2008, Tabelle B9.2 S. 90) und in Berücksichtigung des Nominallohnindexes für Frauen (Nominallohnindex 2004: 2360 Punkte; Nominallohnindex 2005: 2386 Punkte; vgl. Die Volkswirtschaft 6-2008, Tabelle B10.3 S. 91) zu einem möglichen Valideneinkommen für das Jahr 2005 (hypothetischer Rentenbeginn) von Fr. 4'093.-- pro Monat oder von Fr. 49'116.-- pro Jahr (12 x Fr. 4'093.--) führt. Nichts spricht dagegen, dass die 1973 geborene, im Jahre 1991 in die Schweiz eingereiste (Urk. 10/3/3 Ziff. 4.1) und inzwischen in der Schweiz eingebürgerte (Urk. 10/4/4) Beschwerdeführerin aus invaliditätsfremden Gründen nicht in der Lage wäre, ohne Gesundheitsschaden auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt diesen statistischen Durchschnittslohn zu erzielen. Da auch das Invalideneinkommen anhand dieses Wertes zu bestimmen ist, resultiert - auch im Falle der Berücksichtigung des maximal zulässigen leidensbedingten Abzuges vom 25 %, was angesichts der konkreten Gegebenheiten ohnehin ausser Betracht fällt - keine rentenbegründende

Erwerbseinbusse.

6. Aufgrund des Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

7. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese 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 Kaspar Gehring unter Beilage des Doppels von Urk. 17

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage von Kopien der Urk. 18/1-2

- 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).

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