

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00025 vom 4. März 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00025

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00025 du 4 mars 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00025 del 4 marzo 2015

Erwägungen

E. 1

Die 1968 geborene X.____, verheiratet und Mutter dreier Kinder (Jahrgang 1992, 1995 und 1996), arbeitete zuletzt ab 1. Juni 2003 mit einem kurzen Unterbruch in

einem 80 %-Pensum

als Maschinen- und Anlageführerin bei der

Z.____ AG

und ging jedenfalls bis Juni 2011 zeitweise eine r Nebenbeschäftigung nach (Urk. 12/3 S. 4 Ziff. 5.4, Urk. 12/10). Nachdem sie zwischen Februar und Mai 2012 längere Zeit am Arbeitsplatz gefehlt, danach während rund fünf Monaten voll gearbeitet und schliesslich ihre Arbeit per Ende September 2012 niedergelegt hatte (Urk. 12/7), meldete sie sich am 17. Januar 2013 (Urk. 12/3 ;

unter Auflage von Arztberichten, Urk. 12/1) wegen

Schmerzen am ganzen Körper, insbesondere am Rücken, bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbefugnis an.

Per 31. Juli 2013 löste die Z.____ AG das Arbeitsverhältnis auf (Urk. 12/15). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte Auskünfte der Arbeitgeberin (Urk. 12/6-7, Urk. 12/15-16) und einen Arztbericht (Urk. 12/14) ein. Überdies nahm sie einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK; Urk. 12/10) und zwei vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebene medizinische Gutachten (Urk. 12/12/2-22) zu den Akten.

Nach Durchführung des

Vorbescheidverfahrens (Urk. 12/24), in dessen Verlauf weitere ärztliche Berichte (Urk. 12/33) ergingen, verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. November 2013 (Urk. 2) einen Rentenanspruch der Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 11 %.

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.

E. 1.2

mit Hinweisen). 4.2.3

Eine psychische Komorbidität

– verstanden als selbstständiges, vom Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden (BGE 130 V 358 E. 3.3.1) – von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer ist nach Lage der Akten nicht ausgewiesen. Bei der diagnostizierten depressiven Symptomatik handelt es sich um eine Begleiterscheinung des psychogenen Schmerzgeschehens und nicht um eine von diesem klar abgrenzbare, mithin eigenständige psychische Erkrankung. Dies geht auch aus den Ausführungen von Dr. phil. E.____ (E. 3.5) und med. pract. H.____ (E. 3.7) hervor, welche ebenso wie Dr. F.____ (E. 3.6) eine psychosomatische Therapie respektive eine Schmerztherapie empfohlen. Soweit sich die Beschwerdeführerin auf deren Verlautbarungen beruft (Urk. 1 S. 5, Urk. 16 S. 3 oben), übersieht sie, dass es diese n

– wie auch dem Bericht der Ärzte der I.____ (E. 3.8) – an einer auf einer detaillierten Befundbeschreibung beruhenden nachvollziehbaren Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fehlt. Insbesondere die Ausführungen der Fachpsychologin erschöpfen sich im Wesentlichen in einer knappen Darstellung des psychischen Leidens aufgrund der Schilderungen der Beschwerdeführerin, welche weitgehend unbesehen übernommen wurden. Insofern ist der postulierte Schweregrad des depressiven Geschehens nicht plausibel. Nichts anderes gilt für die diagnostizierte Agoraphobie mit Panikstörung, zumal die Beschwerdeführerin eigenen Angaben zufolge (vgl. S. 6 des Gutachtens von Dr. C.____ und S. 5 des Gutachtens von Dr. B.____, Urk. 12/12/7+16) selbständig Termine wahrnimmt, spazieren geht und zuweilen auch das Hallenbad besucht. Nicht zuletzt ist bei der Beurteilung der Einschätzung der genannten Fachpersonen

der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte und Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Ebenso wenig sind – wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 11 S. 2 f.) zutreffend aufzeigte – die von der Praxis alternativ umschriebenen praxisgemässen Morbiditätskriterien in genügender Intensität und Konstanz erfüllt,

um die Schmerzbewältigung und die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit

objektiv betrachtet ausnahmsweise als unzumutbar erscheinen zu lassen. Dies wurde von der Beschwerdeführerin replicando (Urk. 16) denn auch nicht in Frage gestellt.

Damit besteht kein hinreichender

Grund, dem Schmerzleiden ausnahmsweise invalidisierende Wirkung beizumessen und eine rechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. 4.3

Da die medizinischen Akten eine verlässliche Beurteilung des Leistungsanspruches der Beschwerdeführerin erlauben und ergänzende medizinische Abklärungen keine neuen entscheidungsrelevanten

Erkenntnisse versprechen, ist

entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2 und S. 5, Urk. 16 S. 3 f.) darauf zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). 5.

5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die aus somatischer Sicht bestehende Arbeitsunfähigkeit (E. 4.1) in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5.2

Die Beschwerdegegnerin ermittelte anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (E. 1.3) für das Jahr 2013 einen Invaliditätsgrad von 11 % . Dabei ging sie unter Berücksichtigung des von der Beschwerdeführerin erzielten Durchschnittsverdienstes (Haupt- und Nebenerwerb) der Jahre 2007 bis 2011 gemäss IK-Auszug (Urk. 12/10) von einem Validenlohn von Fr. 54'650.-- aus und stellte diesem ein Invalideneinkommen von Fr. 48'892.-- gegenüber, das sie gestützt auf den statistischen Lohn für Frauen in einfachen und repetitiven Tätigkeiten

(Fr. 4'225.-- gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung [LSE] 2010, Tabelle TA1, Total Ziff. 2-96, Anforderungsniveau 4) und unter Gewährung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % festgelegt hatte (vgl. Einkommensvergleich vom 15. April 2012 , Urk. 12/21).

5.3

Die Beschwerdeführerin hatte gegen die einzelnen Faktoren der Invaliditätsbemessung – zu Recht – nichts einzuwenden und brachte lediglich vor (Urk. 16 S. 3), die Beschwerdegegnerin habe die konkret in Frage kommenden beruflichen Tätigkeiten nicht umschrieben. Dem ist entgegenzuhalten, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind . Die Sachverhaltsermittlung hat nur so weit zu gehen, dass im Einzelfall eine zuverlässige Ermittlung des Invaliditätsgrades gewährleistet ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_92 7/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3.4 mit Hinweisen).

Vorliegend fällt entscheidend ins Gewicht, dass der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der einzig anzurechnenden somatischen Einschränkungen (E. 4) ein breites Spektrum an zumutbaren Einsatzmöglichkeiten verbleibt. Ist diese Voraussetzung – wie vorliegend – erfüllt, darf bei Versicherten, welche nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine an sich zumutbare neue Beschäftigung angenommen haben (BGE 126 V 76 E .

3b/ bb), ohne nähere Konkretisierung für die Festsetzung des Invalideneinkommens auf die statistischen Lohnverhältnisse im gesamten privaten Sektor gemäss LSE abgestellt werden (Urteil des Bundesgerichts I 636/06

vom 22. September 2006 E. 3.2). Insofern erweist sich der Einwand der Beschwerdeführerin als unbehelflich .

Damit ist die Beschwerde abzuweisen. 6 .

Die Gerichtskosten im Sinne von

Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden 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: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Hier gegen erhob die Versicherte am 7. Januar 2014 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte (S. 2 und S. 5) , die angefochtene Verfügung vom 21. November 2013 sei aufzuheben und ihr seien, allenfalls nach Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen, die ihr zustehenden gesetzlichen Leistungen auszurichten. Am 4. Februar 2014 (Urk. 7) legte sie einen ergänzenden Bericht (Urk. 8) auf.

Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 14. Februar 2014 (Urk. 11) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 19. Februar 2014 (Urk. 13) wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet, worauf die Beschwerdeführerin mit Replik vom 7. April 2014 (Urk. 16) an ihrem Antrag festhielt und die IV-Stelle am 22. Mai 2014 (Urk. 19) auf das Einreichen einer Duplik verzichtete. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 23. Mai 2014 (Urk. 20) zur Kenntnis gebracht . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) auf den Standpunkt, dass die Beschwerdeführerin zwar seit Oktober 2012 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Jedoch könne sie eine angepasste, körperlich leichte bis mittel schwere Tätigkeit im Umfang von 100 % ausüben und damit ein Erwerbseinkommen erzielen, welches 11 % unter dem Validenlohn liege und folglich einen Rentenanspruch ausschliesse .

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 11) hielt sie ergänzend fest, dass ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage vorliege, bezüglich dessen die mit BGE 130 V 352 begründete

Schmerzrechtsprechung zur Anwendung gelange. Da weder eine psychische Komorbidität bestehe noch die Foster-Kriterien erfüllt seien, liege ein überwindbarer Gesundheitsschaden vor.

E. 2.2

Dagegen wandte

die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdeschrift (Urk. 1) ein , der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden . Es lägen verschiedene Arztberichte vor, welche die von der Beschwerdegegnerin herangezogenen gutachterlichen Einschätzungen anzweifeln respektive hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit von einer erheblich eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgingen. Falls ihr Leistungsanspruch nicht bereits gestützt auf diese Berichte bejaht werden könne, habe die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Abklärungspflicht weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen .

Replicando (Urk. 16) führte die Beschwerdeführerin aus, aufgrund der Arztberichte könne nicht leichthin ein unklares syndromales Beschwerdebild angenommen werden. Zudem sei unklar, gestützt worauf die Beschwerdegegnerin eine psychische Komorbidität

ausschliesse. Schliesslich habe sie es auch unter lassen, das Zumutbarkeitsprofil bezüglich einer Verweisungstätigkeit genauer zu umschreiben. 3.

3.1

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des Spitals A.____, welche die Beschwerdeführerin während der Hospitalisation vom 20. bis 29. März 2012 konservativ schmerztherapeutisch behandelten, stellten

im Bericht vom 26. März 2012 (Urk. 12/1/1-3)

nebst einer Adipositas (BMI 39 kg/m²), einer gestörten

Glucosetoleranz (HbA1c 6.1 % März 2012), einer Cephalgie, einem Nikotinkonsum (zirka 14 py) und einem seit Februar 2012 substituierten Vitamin D-Mangel (17

nmol/l)

die

folgenden Diagnosen: - Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom bei Hypermobilität (Beighton-Score 7/9) - Arthralgien periphere Gelenke - Fibromyalgie- Triggerpunkte negativ - Rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom - Flachrücken - Körperlich belastende Arbeit - MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) und Iliosakralgelenke (ISG) vom 24. Februar 2012: Breitbasige Diskushernie L4/5 mit rezessaler Kompression von L5 links, intraforaminale Diskushernie L3 rechts ohne Wurzelkompression, fragliche leichtgradige ISG-Arthritis rechts - Szintigraphie März 2012: kein Hinweis auf akutes entzündliches Geschehen - HLA B27 negativ - Differenzialdiagnose (DD) somatoforme Schmerzstörung - Verdacht auf eine larvierte Depression mit Somatisierung und Erschöpfungszustand

Die Ärzte führten aus, dass bei Eintritt die Beschwerdeführerin über erstmals im Jahr 2002 aufgetretene, unbehandelt gebliebene links betonte lumbale Rückenschmerzen, eine Kraftlosigkeit am gesamten Körper sowie Arthralgien an allen peripheren Gelenken, symmetrisch, verbunden mit Müdigkeit geklagt habe.

Klinisch habe sich ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom gezeigt, wobei kein

Hinweis auf eine radikuläre Symptomatik oder auf Synovitiden im Bereich der peripheren Gelenke vorgelegen habe und eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung aufgefallen sei. Bezüglich der im MRI beschriebenen fraglichen ISG-Arthritis verbunden mit Spondylophyten werde von degenerativen Veränderungen ausgegangen.

Die szintigrafische Untersuchung habe keinen Hinweis auf ein akut entzündliches Geschehen ergeben. Zwischen dem Schmerzerleben und den objektivierbaren Befunden bestehe eine Diskrepanz. Das sich präsentierende Beschwerdebild sei multifaktoriell bedingt im Rahmen des lumbovertebralen Schmerzsyndroms, der allgemeinen Dekonditionierung, der Adipositas sowie der Verdachtsdiagnose einer larvierten Depression mit Somatisierung und Erschöpfungszustand. Im Verlauf habe sich die Beschwerdeführerin zunehmend freudvoller und aufgestellter gezeigt; die Beschwerden seien regredient gewesen.

Die Ärzte bescheinigten

der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 20. März bis 11. April 2013 und empfahlen nebst einer schrittweisen Erhöhung der Arbeitsfähigkeit insbesondere eine

psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung, eine gute Schlafhygiene, tägliche Spaziergänge sowie die Aufnahme von sportlichen Aktivitäten und die Einplanung von Regeneration respektive ausgleichenden Tätigkeiten. 3.2

Der vom Krankentaggeldversicherer bestellte Gutachter Dr. med. B.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, hielt in seiner Expertise vom 28. Februar 2013 fest (Urk. 12/12/12-22 S. 4), die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie überall, insbesondere aber im Bereich des Rückens (lumbosakraler Übergang rechts), Schmerzen empfinde und ihr die Knochen wehtäten. Sie habe Depressionen und leide an Energielosigkeit. Die Schmerzen bestünden schon seit mehreren Jahren und seien im letzten Jahr unerträglich geworden, wobei sie selber dafür keinen Grund anzugeben vermöge. Die Kopfschmerzen seien nicht täglich vorhanden, teilweise aber sehr intensiv und über drei Tage stark anhaltend. Verschiedene Behandlungen hätten keine Verbesserung gebracht. Sie könne weder lange sitzen (maximal 20 bis 30 Minuten) noch gehen respektive liegen (maximal 30 Minuten).

Nebst einem anamnestischen Vitamin D-Mangel diagnostizierte Dr. B.____

ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit demotischer Generalisierung, Symptomausweitung und Selbstlimitierung mit/bei thorakalem Flachrücken, lumbosakraler Hyperlordose, minimaler

Diskopathie L4/5 und Adipositas (S. 8). Er berichtete (S. 8 f.), in der klinischen Untersuchung der Wirbelsäule und der Gelenke zeige sich ein weitgehend unauffälliger Befund. Die Beweglichkeit der LWS sei bei deutlichem Gegenhalten der Beschwerdeführerin nicht konklusiv beurteilt, jedoch sei bei Ablenkung im Sitzen zumindest eine freie Seitneigung

zu beobachten. Klinische Hauptbefunde seien die ausgedehnten und bereits früher beschriebenen tendomyotischen

Druckdolenz, allerdings ohne wesentliche Verkürzungen oder muskulären Hypertonus. Radiologisch finde sich im MRI der LWS vom 24. Februar 2012 (vgl. dazu auch Gutachten S. 7 unten) lediglich eine sehr minimal beginnende Diskopathie L4/5; die

breitbasige

Protrusion L4/5 und auch die geringe intraforaminale

Protrusion L3/4 tangieren keine neurogenen Strukturen und seien als klinisch unbedeutend einzustufen. Auch im Bereich der ISG finde sich lediglich eine äusserst diskrete Kontrastmittelanreicherung im Bereich des ventralen Os

ileum rechts bei sonst absolut blandem Befund der ISG. Eine ISG-Arthritis könne zusammen mit der Klinik und der Anamnese weitgehend ausgeschlossen werden.

Aus rheumatologischer Sicht könne das Schmerzbild auch nicht ansatzweise mit objektiven somatischen Befunden erklärt werden. Die Fehlstatik mit thorakalem Flachrücken und tieflumbaler Hyperlordose bei gleichzeitig deutlicher Adipositas könne statische, belastungsabhängige Rückenschmerzen wohl teilweise begründen, nicht aber

das massive Schmerzbild mit subjektiv empfundener praktisch vollständiger Leistungseinschränkung. Es handle sich um ein vorwiegend nicht-organisches, therapieresistentes chronisches und generalisiertes Schmerzbild, bezüglich dessen aus

rheumatologischer Sicht keine sinnvollen Behandlungsmassnahmen ergriffen werden könnten.

Aufgrund der chronischen generalisierten Schmerzen sei die Beschwerdeführerin in ihrem angestammten Beruf bei der Z. ___ AG nicht mehr arbeitsfähig, da das von ihr beschriebene Arbeitsplatzprofil

auf eine vorwiegend mittelschwere bis teilweise auch schwere Tätigkeit hinweise. Hingegen bestehe aufgrund der objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunde medizinisch-theoretisch kein Grund, welcher auf eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit (Zumutbarkeitsprofil: Heben und Tragen von Lasten auf Tischhöhe bis maximal 15 kg [Einzellasten] respektive 7.5 kg [repetitiv] sowie auf Brusthöhe bis maximal 7.5 kg [Einzellasten] beziehungsweise 5 kg [repetitiv], kein kontinuierliches Stehen an Ort insbesondere vornübergebeugt länger als 30 Minuten sowie kein kontinuierliches Sitzen länger als 1 Stunde; S.

E. 2.2.2

und 2.2.3; 132 V 65; 131 V 49; 130 V 396). Die – nur in Ausnahmefällen anzunehmende – Unzumutbarkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt das Vorliegen einer mit wirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus wie chronische körperliche Begleiterkrankungen mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE

137 V 64 E.

4.1; 131 V 49 E.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 10

F45.4) mit/bei - chronische m

lumbospondylogene m und rezidivierende m

lumboradikuläre m Reizsyndrom bei bilateraler Diskushernie L4/5 und Protrusion L3/4 - chronische m

cervicocephale m und Cervicovertebralsyndrom bei Kyphosierung C4-6 - Aktuell seit April 2012 bestehende, das heisst rezidivierende mittelgradige bis schwere depressive Störung ohne Suizidalität (ICD-10 F33.1) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)

Die Beschwerdeführerin sei extrem schmerzfixiert gewesen, habe sich meistens angespannt und leidend gezeigt

sowie von einem sozialen Rückzug und einer Wertlosigkeit des Lebens berichtet, wobei sie sich glaubhaft von suizidalen Gedanken distanziert habe. Zur Verbesserung des Schlafs sei Cipralex erhöht worden. Die Beschwerdeführerin habe an drei psychologischen Einzelgesprächen teilgenommen und in der Ergotherapie gezeigt, dass sie in der Handlung weniger auf die Schmerzen fixiert sei; sie habe sich von diesen ablenken können und bis zu einer Stunde an einer Arbeit bleiben können. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin aber kaum von den Therapien profitieren können.

Empfohlen würden eine tagesklinische psychotherapeutische Behandlung sowie die Fortführung der ambulanten Physiotherapie und Medizinischen Trainingstherapie.

Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 2. Januar 2014. 4. 4.1

Hinsichtlich der objektivierbaren körperlichen Beeinträchtigungen erachtete die Beschwerdegegnerin nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Stellungnahme vom 30. April 2013, Urk. 12/22) das rheumatologische Gutachten von Dr. B. ___ vom 28. Februar 2013 (E. 3.2) als massgebend (vgl. auch Beschwerdeantwort, Urk. 11 S. 1 und S. 2 unten). Dieses erfüllt

die praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (E. 1.4). Es ist für die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin umfassend, beruht auf eingehenden klinischen und bildgebenden Untersuchungen, berücksichtigt die Vorakten

wie auch die geklagten Beschwerden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Verhältnisse und in der Begründung der Schlussfolgerungen im Wesentlichen ein. Dass der Sachverständige

entscheidungsrelevante Tatsachen nicht berücksichtigt hätte oder nicht lege artis vorgegangen wäre, ergibt sich nicht aus den Akten und wurde auch von der Beschwerdeführerin, welche sich nicht näher mit der Einschätzung

des Rheumatologen auseinandersetzt und insbesondere keine substantiellen Einwendungen gegen diese anzugeben vermochte, nicht geltend gemacht. Demzufolge

ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin

gestützt auf das

Gutachten von Dr. B.____ in somatischer Hinsicht von einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit für rückenadaptierte, körperlich leichte bis mittel schwere Tätigkeiten entsprechend dem gutachterlich

formulierten

Zumutbarkeitsprofil

ausging.

Eine quantitative Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens infolge eines körperlichen Leidens ist mit Blick darauf, dass – wie auch aus dem Bericht der Ärzte der Klinik für Rheumatologie des Spitals A.____ (E. 3.1) hervor geht – nur wenig ausgeprägte objektivierbare Befunde vorliegen, nicht erstellt. Hieran vermögen die beschwerdeweise (Urk. 1 S. 4) angerufenen Berichte der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. Dies gilt insbesondere für den Bericht von Dr. F.____ vom 7. Oktober 2013 (E. 3.6), da die Angabe der Rheumatologin, wonach für Verweisungstätigkeiten ohne Belastung des Rückens eine lediglich hälftige Arbeitsfähigkeit bestehen soll, jegliche Begründung und Auseinandersetzung mit den Vorakten und insbesondere mit der abweichenden Beurteilung der Gutachter

vermissen lässt und folglich die unterschiedliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht nachvollziehbar ist. Immerhin aber hielt auch Dr. F.____ dafür, dass die Arbeitsunfähigkeit hauptsächlich auf die psychische Komponente zurückzuführen ist. Sodann sah sich der Hausarzt Dr. D.____ (E. 3.4) nicht im Stande, eine zuverlässige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzugeben, und überliess dies ausdrücklich den behandelnden Fachärzten. 4.2.1

Soweit die Beschwerdeführerin über ausgeprägte Schmerzen klagt, welche die Ärzte somatischer Fachrichtung weder klinisch noch radiologisch hinreichend zu erklären vermochten, ist – mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 11 S. 2) – von einem pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebild

ohne organische Grundlage (BGE 132 V 393 E. 3.2) auszugehen.

Dem steht nicht entgegen, dass nach dem Ausgeführten (E. 4.1) teilweise auch eine organische Ursache für die geklagten Beschwerden vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_942/2011 vom 6. Juli 2012 E. 5.2). 4.2.2

Nach der Rechtsprechung vermögen somatoforme Schmerzstörungen und andere pathogenetisch -ätiologisch unklare syndromale Leidenszustände ohne nachweisbare organische Grundlage in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (BGE

136 V 279 E.

3; 130 V 352 E.

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