

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00209 vom 18. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00209

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00209 du 18 février 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00209 del 18 febbraio 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965, war bei drei verschiedenen Arbeitgeberinnen resp. Arbeitgebern als Reinigungshilfe tätig (Urk. 7/9, Urk. 7/10 und Urk. 7/14-15). Am 29. Januar 2011 zog sie sich als Beifahrerin bei einem Auffahrunfall mit Heck- und nachfolgender Frontalkollision eine Commotio Cerebri, eine Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion Grad 2 sowie Kontusionen der Schulter links, der Lendenwirbelsäule (LWS), des Sakrums sowie der proximalen Fibula beidseits zu (Urk. 7/8/119). Am 5. September 2011 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf seit dem 29. Januar 2011 bestehende Schulter-, Nacken- und Rückenbeschwerden bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/4; Aktenverzeichnis zu Urk. 7/1-53). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen, wobei sie unter anderem die Akten des zuständigen Unfallversicherers (Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG [nachfolgend: Allianz], Urk. 7/8; vgl. auch Urk. 7/16 [Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, SUVA] und Urk. 7/22) beizog. Am 20. Januar 2012 (Urk. 7/21) teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, gemäss ihren Abklärungen seien aufgrund des Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich. Nach Beizug einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD [Urk. 7/25/3-4]) stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 27. Februar 2012 unter Hinweis darauf, dass ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen sei, die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/27), wogegen diese am 26. März 2012 Einwand erhob (Urk. 7/31). Nach Eingang weiterer Akten der Allianz (Urk. 7/35) sowie des Berichtes der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Y.____ vom 14. Mai 2012 (Urk. 7/36/1-4, unter Beilage des Austrittsberichtes vom 19. September 2011 [Urk. 7/36/5-8]) lud die IV-Stelle die Versicherte am 24. Mai 2012 zu einer interdisziplinären Untersuchung durch den RAD ein (7/38). Aufgrund der Mitteilung des Unfallversicherers, wonach er beim Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gebe (Urk. 7/40), sah sie jedoch von der Durchführung einer RAD-Untersuchung ab (Urk. 7/39). Das Z.____-Gutachten wurde am 4. April 2013 erstattet und dem RAD sowie der Versicherten zur Stellungnahme vorgelegt (Urk. 7/49/3-4 und Urk. 7/47). In der Folge wies die IV-Stelle unter Hinweis darauf, dass keine voraussichtlich langanhaltende oder dauernde Erwerbsunfähigkeit vorliege, mit Verfügung vom 21. Januar 2014 das Leistungsbegehren der Versicherten ab (Urk. 2).

E. 1.1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit

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

E. 1.1.2

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerzstörung

oder eine vergleichbare Störung ohne erkennbare organische Ursache begründet als solche noch keine Invalidität. Nach der bisherigen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Danach konnten bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügte. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

E. 1.1.3

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Die Anerkennung eines Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweispflichtige versicherte Person zu tragen (E. 6).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie

„Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanmassenmässig ausgewiesener Leistungsdruck (E. 4.4.2).

E. 1.2

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

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

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

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). 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 mit Hinweisen).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 20. Februar 2014 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung des angefochtenen Entscheides sei ihr eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei die Sache zur Rentenprüfung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin ersuchte in ihrer Beschwerdeantwort vom 25. März 2014 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 26. März 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin machte geltend, gemäss dem vom Unfallversicherer eingeholten Z.____-Gutachten, auf welches abgestellt werden könne, habe für die angestammte Tätigkeit als Reinigerin von Januar 2011 bis Juli 2011 (sechs Monate nach dem Unfall) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab August 2011 liege aufgrund einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren noch eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vor. Für angepasste Tätigkeiten werde sechs Monate nach dem Unfall von einer Arbeitsfähigkeit von mehr als 80 % ausgegangen. Die chronische Schmerzstörung gehöre zu den

pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern. Die Überprüfung der massgeblichen Kriterien ergebe, dass der Beschwerdeführerin die willentliche Schmerzüberwindung zumutbar sei und somit keine voraussichtlich langanhaltende oder dauernde Erwerbsunfähigkeit vorliege. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht notwendig (Urk. 2).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin brachte vor, das medizinische Beschwerdebild sei im Z.____-Gutachten in polydisziplinärer Hinsicht soweit zutreffend erhoben worden. In Einklang mit den Gutachtern vertrete sie die Auffassung, dass sowohl die somatischen als auch die psychischen Beschwerden objektivierbar seien (Urk. 1 S. 6). Es liege nicht – wie von der Beschwerdegegnerin behauptet – ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage gemäss BGE 130 V 352 vor, auch nicht ein reines, unter diese Kategorie fallendes Schleudertrauma gemäss BGE 136 V 279. Vielmehr seien es die somatisch-organisch erhobenen Schulterbeschwerden, welche im Verbund mit den übrigen Unfallbeschwerden für die aktuelle Beschwerdesituation verantwortlich seien. Das Gutachten erachte sie als zu 20 % arbeitsunfähig in der angestammten Tätigkeit, dies mindestens bis zum Datum der Erstellung des Gutachtens. Ohne weitere Begründung werde dann eine darüber hinaus bestehende Arbeitsunfähigkeit verneint, was zur Leistungsablehnung unzu reichend sei. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit über 80 % hinaus wäre laut Gutachten durch eine Verlagerung der beruflichen Tätigkeit in weniger belastende Tätigkeiten denkbar. Die Beschwerdeführerin habe es jedoch unterlassen, einen Einkommensvergleich durchzuführen (Urk. 1 S. 8). 3.

E. 3

Die Allianz stellte mit Verfügung vom 2. Februar 2012 die wegen des Unfalls vom 29. Januar 2011 ausgerichteten Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) per Ende November 2011 ein. Die von X.____ erhobene Einsprache wies die Allianz mit Entscheid vom 8. Januar 2014 ab, wogegen sie am 10. Februar 2014 beim hiesigen Gericht Beschwerde einlegte. Diese wurde mit heutigem Urteil abgewiesen (Prozess Nr. UV.2014.00039).

E. 3.1

Mit Ausnahme der zuhanden der Beschwerdegegnerin erstatteten Berichte von Dr. A.____ vom 7. Oktober 2011 sowie des Y.____

vom 14. Mai 2012 (Urk. 7/17/1-3 und Urk. 7/36/1-4; vgl. E. 3.2 und E. 3.3) wurden die bis zur polydisziplinären Begutachtung im Z.____ (November 2012) aufliegenden Arztberichte im Gutachten vom 4. April 2013 (Urk. 7/44/4-13) zusammengefasst, weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden.

E. 3.2

Dr. med. A.____ , FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie , nannte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 7. Oktober 2011 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein posttraumatisches zerviko - und lumbospondylogenes Syndrom nach Verkehrsunfall als Beifahrerin mit massiver Heckkollision am 29. Januar 2011 sowie eine posttraumatische PAS links. Bei der letzten Kontrolle am 5. Oktober hätten immer noch zervikolumbospondylogene Schmerzen und daneben ausgeprägte Schmerzen in der linken Schulter bestanden. Als Reinigungsmitarbeiterin sei die Beschwerdeführerin seit dem 29. Januar 2011 zu 100 % arbeitsunfähig. Es könne erst nach der Rehabilitation in B.____ weiter entschieden werden (Urk. 7/17/1-3).

E. 3.3

Im Bericht der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Y.____

an die Beschwerdegegnerin vom 14. Mai 2012 wurden im Wesentlichen die im Bericht dieser Klinik vom 19. September 2011

(Urk. 7/36/5-8; vgl. auch Kurzaustrittsbericht vom gleichen Tag, Urk. 7/17/4-5) gemachten – im Z.____ -Gutachten zusammengefassten (Urk. 7/44/8-9) – Angaben wiedergegeben. Auf entsprechende Fragen der Beschwerdegegnerin wurde zudem festgehalten, dass leichte Einschränkungen für Tätigkeiten über Kopfhöhe oder mit längerem unbewegtem Sitzen oder Stehen oder repetitivem Bücken und Lastenheben über fünf Kilogramm bestünden .

Voraussichtlich habe ab Oktober 2011 in der angestammten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Eine behinderungs angepasste Tätigkeit sei voraussichtlich ab November 2011 ohne Einschränkung möglich gewesen (Urk. 7/36/1-4) .

E. 3.4

Im Gutachten des Z.____ vom 12. September 2013 (Urk. 7/44) wurden als Diagnosen (1) ein Status nach Unfall mit craniocervicalem Beschleunigungstrauma am 29. Januar 2011 mit nur fraglich verzögert aufgetretener Irritation in C8 links, ohne Nachweis einer Läsion, sowie mit leichter traumatischer Hirnschädigung, (2) eine Periarthropathia

humeroscapularis links mit Impingement , (3) kleinere oberflächliche Partialrupturen der Supraspinatussehne links und eher enger Subacromialraum gemäss Arthro MRI vom Mai

2011 , (4) eine muskuläre Dys balance am Schultergürtel links mehr als rechts, (5) unspezifische Kreuzschmer zen, (6) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), (7) chronisches Spannungskopfw eh, (8) ein Status nach zweimaliger Pyelonephritis links (2011), (9) anamnestisch Refluxösopha gitis mit Status nach HP- Eradikationstherapie , seit fünf Jahren beschwerdefrei, (10) Entfernung einer Ovarialzyste rechts 2009, (11) eine arterielle Hypertonie anamnestisch sowie (12) ein Nikotinabusus angeführt (Urk. 7/44/43-44).

Die jetzige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätig keit als Reinigungsfachkraft sei aufgrund der aktuell noch vorhandenen, teil weise auf den Unfall zurückzuführenden myofaszialen Befunde nicht beein trächtigt. Aufgrund des mittelbar als Folge des Unfalles bestehenden psychi schen Leidens sei die Beschwerdeführerin in ihrem Rendement zu 20 % einge schränkt (Urk. 7/44 /48).

Die initial von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und die initial erhobenen weichteilrheumatischen Befunde seien geeignet, eine vollschichtige Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Im Verlauf hätten sich diese Beschwerden einerseits gebessert, andererseits fänden sich keine weiteren Hinweise, welche auf unfallbedingte organisch nachweisbare Befunde hinwiesen, vielmehr hätten die myofaszialen Befunde persistiert. Diese seien im weiteren Verlauf auch nicht mehr deutlich von allfälligen psychogenen Beschwerden getrennt, so dass nach Aktenlage zum Verlauf der rein unfallbedingten Beschwerden keine sicheren Angaben gemacht werden könnten. Nach allgemeiner Erfahrung wäre spätes tens nach sechs Monaten mit einer vollschichtigen Wiederaufnahme der ange stammten Tätigkeit zu rechnen gewesen, hätte sich das mittelbar als Folge des Unfalles sich einstellende dysfunktionale Verarbeitungsmuster bei der Beschwerdeführerin nicht entwickelt. Deshalb sei ihr eine sechsmonatige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Daran anschliessend bestünden bis dato nur mittelbar auf das Unfallereignis zurückzuführende Beeinträchtigungen des Ren dements um 20 % (Urk. 7/44/49) . Unter Berücksichtigung der mittelbaren unfallbedingten Einschränkungen bestehe die Möglichkeit, durch eine Verlage rung der beruflichen Tätigkeit in ein den Schultergürtel nicht belastendes Arbeitsgebiet eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erzielen. Geeignet wären leichte Tätigkeiten ohne Belastung des Schultergürtels links. Einer sol chen Tätigkeit könnte die Beschwerdeführerin vollschichtig nachgehen (Urk. 7/44/50).

E. 3.5

RAD-Ärztin med. pract . C.____ , FMH orthopädische Chirurgie und Traumatolo gie, hielt in ihrer Stellungnahme vom 2 5. September 2013 (Urk. 7/49/3-4) fest, auf das Z.____ -Gutachten könne abgestellt werden. Aus medizinischer Sicht sollten bei vorgeschädigter Schulter Tätigkeiten mit häufi gen Schlägen und Vibrationseinwirkungen auf die linke Schulter sowie Über kopfarbeiten und Arbeiten mit ständigen Armvorhaltepositionen, insbesondere repetitive Tätigkeiten mit Belastung der Arme nicht mehr zugemutet werden. Das Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 bis 8 Kilogramm (unter ungünstigen Hebeln), in günstiger Belastungsposition (körpernah bis Lendenhöhe) über 20 Kilogramm sollten vermieden werden. 4.

E. 4

Zur Vervollständigung der Akten wurden Kopien aus den Unfallversicherungsak ten (Prozess Nr. UV.2014.00039) erstellt (Urk. 9) .

E. 4.1

Vorauszuschicken ist, dass nach der Rechtsprechung die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt sind: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Diese ist durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen. Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische, sondern auch eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliere (BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichtes 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 4.2

Das polydisziplinäre Gutachten des Z.____ vom 4. April 2013 basiert auf den erforderlichen allseitigen fachärztlichen Untersuchungen (internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch) und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge grundsätzlich einleuchtend dargelegt. Insoweit erfüllt das Z.____-Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Auf die von den Gutachtern vorgenommene Folgenabschätzung kann jedoch aufgrund der nachfolgenden Erwägungen nicht vollumfänglich abgestellt werden.

E. 4.3.1

Der rheumatologische Gutachter des Z.____ hielt im Rahmen seiner fachärztlichen Beurteilung fest, der Verlauf entsprechend den klinischen Angaben in der Aktenlage könne bestätigt werden. Es sei dokumentiert worden, dass nach dem Unfall vom 29. Januar 2011 die Beschwerden im Bereich der HWS rückläufig gewesen seien. Derzeit bestehe eine freie Beweglichkeit, es seien keine Irritationszonen und kein paravertebraler Muskelhartspann vorhanden. Klinisch sei die Halswirbelsäule derzeit ohne Befund. Am Schultergürtel bestehe ein relativ starker Hypertonus der Trapeziusmuskulatur, wobei nur links eine Druckdolenz vorhanden sei. Dazu fänden sich deutliche Bewegungseinschränkungen an der linken Schulter, formal im Sinne von periartropathischen Schulterbeschwerden mit Impingement. Entsprechend der Aktenlage seien aber, wie im rheumatologischen Bericht des D.____ vom 1. März 2012 festgehalten worden sei, mehrmals subacromiale Infiltrationen ohne Ansprechn durchgeführt worden. Bei organisch bedingten Schmerzen müsste zumindest ein Effekt des Lokalanästhetikums erwartet werden. Auffallend und in der Aktenlage auch erwähnt, sei die Tatsache, dass weiterhin keine Muskelatrophie vorhanden sei. Es bestünden die physiologischen Differenzen bei Rechtshändigkeit, obwohl anamnestisch der linke Arm geschont werde. Insgesamt sei das aktuelle Beschwerdebild rein aufgrund der strukturell bildgebenden Veränderungen in dieser Art rein rheumatologisch gesehen nicht vollständig erklärbar (Urk. 7/44/24).

Der neurologische Gutachter des Z.____ stellte anlässlich seiner fachärztlichen Beurteilung fest, die kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderungen, welche im unfallanalytischen Kur zgutachten ermittelt worden seien, lägen in einem Bereich, bei welchem länger dauernde Beschwerden möglich seien. Jetzt, bald zwei Jahre seit diesem Unfall, würden hauptsächlich linksseitige Armschmerzen geklagt , nebst einem Einschlafen betont in den Finger n II bis IV links. Die Beschwerden von Seiten der HWS seien deutlich regredient . Einsprechend e Befunde könnten jetzt bei der Unte rsuchung der HWS-Beweglichkeit nur ganz diskret erhoben werden. Die Ursache der hauptsächlich geklagten linksseitigen Armschmerzen sei unklar geblieben. Eine radikuläre Ursache sei aufgrund der weitgehend normalen MR-Untersuchung der HWS, aber auch einer elektrophysi ologischen Untersuchung vom 14. September 2011 im Y.____ , weitgehend auszuschliessen. Bei der heutigen Untersuchung seien Test s auf Kompressionssyndrome im Schultergürtel links leicht positiv mit Triggern von sensiblen Reizphänomenen. Auch hier seien aber elektrophysiologische Unter suchungen vom 14. September 2011 negativ, das heisse ohne Hinweise auf periphere neurogene Läsionen im linken Arm, gewesen. Bei der Untersuchung des linken Armes falle auf, dass trotz Klagen über ausgeprägte Schmerzen die Kraft proximal im Schultergürtel links ganz normal sei, ohne ein zu erwarten des schmerzbedingtes Nachgeben (Giving-way). Die Untersuchung der HWS sei ebenfalls wenig eindrücklich. Die Beweglichkeit sei normal und schmerzfrei. Insgesamt liessen sich aus neurologischer Sicht die hauptsächlich geklagten Armschmerzen links nicht sicher erklären. Eine Reintegration in den früheren Beschäftigungsbereich mit auch Reinigungsarbeiten sei wünschenswert (Urk. 7/44/28-29).

E. 4.3.2

Die Z.____ -Gutachter kamen im Rahmen der Gesamtbeurteilung zum Schluss, dass die jetzige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin unfallbedingt in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsfachfrau aufgrund der aktuell noch vor handenen, teilweise auf den Unfall zurückzuführenden myofaszialen Befunde nicht – mehr - beeinträchtigt sei. Diese Beurteilung erscheint aufgrund der Ergebnisse der bildgebenden Abklärungen sowie der vom rheumatologischen und vom neurologischen Gutachter des Z.____ erhobenen klinischen Befunde nachvollziehbar und überzeugend.

E. 4.3.3

Soweit sich RAD-Ärztin C.____ in ihrer Stellungnahme vom 25. September 2013 (vgl. E. 3.5) auf den Standpunkt stellte, der Beschwerdeführerin seien aus somatischer Sicht wegen der - in den Vorakten wie auch im Z.____ -Gutachten dokumentierte n

–
nicht unfallbedingten Vorschädigung der Schulter (vgl. MR- Arthrographie der linken Schulter vom 27. Mai 2011: „L eichte ansatznahe Tendinopathie der Supraspinatussehne ohne signifikante transmurale Rissbil dung, kleinere oberflächliche Partialrupturen auf der bursalen Seite [bei leicht vermehrter Flüssigkeit daselbst], möglich. G renzwertig enge Platzverhältnisse subacromial , Impingement

möglich. Übrige Binnenstrukturen unauffällig “. [U rk. 9/1 ; vgl. Urk. 7/44/7]) lediglich schultersch onende Tätigkeiten zumutbar, kann ihr nicht ohne Weiteres gefolgt werden.

Zum einen wurde der MR- arthrographisch erhobene Befund insbesondere auch von den behandelnden Ärzten als geringfügig eingestuft . So hielt Dr. E.____ in seinem Bericht an

Dr. A.____ vom 16. August 2011 fest, er habe die Beschwerdeführerin informiert, dass die Schulter keine strukturelle Verletzung aufweise, welche die Prognose verschlechtere, und sie insgesamt gute Aussichten habe (Urk. 9/2 ; vgl. Urk. 7/44/11).

Dr. A.____ hielt in seinem Schreiben an die Rheumaklinik des Y.____ vom 25. August 2011 fest, in letzter Zeit klage die Beschwerdeführerin nur noch über Schulterschmerzen links bei geringen Befunden im MRI. Die ambulante Behandlung der Beschwerdeführerin sei schwierig, sie spreche nur portugiesisch und schlecht spanisch. Zudem erscheine sie nicht regelmässig in der Physiotherapie. Sie habe bis jetzt ihre Tätigkeit als Reinigungsfrau nicht voll aufnehmen können. Es bestünden auch soziale Belastungen mit zwei Töchtern, welche sie nicht alleine zu Hause lassen möchte. Trotzdem schein ihm hier eine intensive Behandlung unter stationärer Beobachtung angezeigt zu sein. Das Ziel sei, nach drei Wochen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als Reinigungsfrau zu erreichen. Diese sollte später gesteigert werden können, da die Beschwerdeführerin Rechtshänderin sei und die zervikalen und lumbalen Beschwerden scheinbar abgeklungen seien (Urk. 7/17/7) . Am 3. September 2011 berichtete Dr. E.____

dem Unfallversicherer, es sei weiterhin von einer günstigen langfristigen Prognose auszugehen, da strukturell an der Schulter relativ geringe Schäden vorlägen (Urk. 9/30 ; vgl. Urk. 9/44/8). Die Ärzte der Rheumaklinik des Y.____ führten in ihrem Bericht vom 19. September 2011 betreffend die dortige Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 6. bis 19. September 2011 als Diagnose unter anderem eine leichtgradige Periarthritis der linken Schulter an. Sie hätten eine ausgebaute Analgesie inklusive Opiaten und multimodaler Physiotherapie eingeleitet. Bei Beschwerdepersistenz unter ausgedehnter konservativer Therapie hätten sie die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung und die Indikation für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt in einer spezialisierten Schmerzklinik gestellt (Urk. 7/36/5-6). Die Ärzte der Rheumaklinik des D.____ erhoben im Bericht an Dr. E.____ vom 1. März 2012 eine PHS links seit Auffahrunfall vom Januar 2011 sowie ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom. Die Zuweisung sei zur rheumatologischen Drittmeinung bei einer PHS links seit dem Auffahrunfall vom Januar 2011 erfolgt. Zusammenfassend gingen sie in der Beurteilung der Symptome und Befunde mit den Vorberichten aus dem Y.____ einig und beurteilten die Beschwerden als PHS links mit einer Tendenz zur Chronifizierung. Die bisher getätigten Untersuchungen seien umfangreich und ihrer Ansicht nach vollständig. Sie wiesen nicht auf eine strukturelle Läsion hin, welche die Beschwerden ausreichend erklären würden (Urk. 9/4 ; vgl. Urk. 7/44/13).

Ausserdem schlagen sich MR-arthrographisch erhobene Befunde im Bereich der Schulter allein nicht notwendigerweise im Ausmass der funktionellen Einschränkung nieder; vielmehr sind solche Befunde jeweils anhand der Klinik zu überprüfen. Die vom rheumatologischen und vom neurologischen Z.____-Gutachter erhobenen klinischen Befunde

(Urk. 7/44/22-23 und Urk. 7/44/26-27) sowie die von ihnen dazu gemachten weiteren Feststellungen (vgl. E. 4.3.1 und E. 4.3.2)

deuten aber nicht auf eine massgebliche – somatisch bedingte - Beeinträchtigung im Bereich der linken Schulter hin.

Selbst wenn gleichwohl davon ausgegangen würde, dass nur noch die von RAD-Ärztin C.____ beschriebenen schulterschonenden Tätigkeiten zumutbar sind, ist aufgrund der

aktenkundigen Tätigkeitsbeschriebe F.____ (Urk. 9/10/6) und der G.____ (Urk. 7/ 14/7) nicht ersichtlich, wes halb es der rechtsdominanten (Urk. 7/17/7) Beschwerdeführerin nicht möglich (gewesen) sein sollte, die bisher verrichteten Arbeiten uneingeschränkt weiter hin auszuführen.

Es besteht daher kein Grund zur Annahme, dass sich der genannte vorbestehende Befund in der linken Schulter im vorliegend relevanten Zeitraum (März 2012 bis Januar 2014, vgl. E. 4. 5, E. 4.6 und E. 4.7) aus rein somatischer Sicht massgeblich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit ausgewirkt haben könnte (vgl. aber E. 6) .

E. 4.4.1

Der psychiatrische Gutachter des Z.____ führte im Rahmen seiner Beurteilung im Wesentlichen aus, mit dem Unfallereignis vom 29. Januar 2011 und der sich daran anschliessenden somatisch begründbaren Heilphase, welche mit Schmerzhaftigkeit verbunden gewesen sei, habe bei der Beschwerdeführerin eine verhängnisvolle Entwicklung eingesetzt, indem die Selbstbestimmtheit, welche für sie zuvor von wesentlicher Bedeutung gewesen sei, nicht mehr im früher gelebten Ausmass möglich gewesen sei. Es habe sich bei ihr rasch eine psychogene Überlagerung entwickelt, seines Erachtens einerseits als Ausdruck einer psychophysischen Dekompensation, vor allem aber auch im Sinne eines dysfunktionalen Verhaltens bei initial somatisch begründbarer Schmerzhaftigkeit. Er stelle deshalb die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, da seines Erachtens die prämorbidem Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin für die deutlich erschwerte Schmerzbewältigung mindestens teilweise mitverantwortlich seien. Darüber hinaus müsse darauf hingewiesen werden, dass heute ein durchaus relevantes affektives (depressives) Leiden vorliege, welches den Zirkulus

vitiosus zwischen dysfunktionalem Verhalten, Schmerzverstärkung und affektivem Leiden unterstütze (Urk. 7/44/38-39). Heute bestehe seines Erachtens eine deutliche Somatisierung, zunehmend komme es offensichtlich nun aber auch zu einer affektiven Dekompensation, wobei diese aktuell noch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei. Kognitive Störungen, psychotisches Erleben, Verhaltensauffälligkeiten etc. beständen aber nicht, so dass die Beschwerdeführerin gesamthaft heute im Wesentlichen aufgrund des Schmerzerlebens und der damit verbundenen Funktionsbeeinträchtigungen eingeschränkt sei. Diesbezüglich müsse allerdings darauf hingewiesen werden, dass in der am 28. November 2012

E. 4.4.2

Die vom psychiatrischen Gutachter gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 ; vgl. <http://www.icd-code.de/icd/code/F45.-.html>) erscheint aufgrund seiner weiteren Feststellungen nachvollziehbar .

Die Gutachter kamen im Rahmen der Gesamtbeurteilung zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin wegen dieses psychischen Leidens in der angestammten Tätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig sei. Wie dargelegt, ist diese Einschätzung durch die rechtsanwendenden Behörden – das heisst durch die IV-Stelle resp. im Beschwerdefall das Gericht - im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen.

Entgegen der von der Beschwerdeführerin offenbar vertretenen Auffassung ist die Frage, ob der psychiatrischen Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; vgl. E. 4.4) aus rechtlicher Sicht ein relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beizumessen ist, anhand der Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. E. 1.1.2 und E. 1.1.3) zu prüfen (Urteil des Bundesgerichtes 8C_30/2013 vom 20. November 2013 E. 4.3.1 unter Hinweis auf BGE 137 V 64 E. 4).

E. 4.4.3

Die Beschwerdegegnerin hat in Anwendung der bisherigen Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen (vgl. E. 1.1.2) grundsätzlich zutreffend dargelegt, dass und weshalb die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im Falle der Beschwerdeführerin als überwindbar zu gelten hat (E. 2). An diesem Ergebnis ändert die seit dem 3. Juni 2015 geänderte bundesgerichtliche Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. E. 1.1.3) nichts (zur Anwendbarkeit dieser Rechtsprechung auf laufende Verfahren vgl. BGE 141 V 281 E. 8), dies aus folgenden Gründen:

Unter dem Aspekt „funktioneller Schweregrad“ ist in Betracht zu ziehen, dass die diagnoserelevanten Befunde und Symptome gemäss ICD-10 F45.41 nicht besonders ausgeprägt erscheinen. Von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten resp. einer Behandlungsresistenz ist aufgrund der gutachterlichen Feststellungen nicht auszugehen. Ein massgeblicher Behandlungserfolg konnte zwar in Bezug auf die Schulterproblematik nicht erzielt werden. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin laut den Angaben von Dr. A. ___ im Bericht vom 25. August 2011 damals nicht regelmässig zur Physiotherapie erschien (Urk. 7/17/7) und laut ihren Angaben gegenüber den Z. ___ -Gutachtern – trotz ärztlicher Empfehlung (Urk. 9/4 [Bericht der Rheumapoliklinik des D. ___ vom 1. März 2012]) – seit Dezember 2011 keine Physiotherapiesitzungen mehr stattfanden (Urk. 7/44/18). Ein Heimprogramm führte resp. führt sie offenbar nicht durch (Urk. 7/44/24). In psychiatrische Behandlung hatte sie sich bis zur Begutachtung nie begeben (Urk. 7/44/18). Schliesslich nahm resp. nimmt sie offenbar auch die verordneten Medikamente nicht regelmässig ein (Urk. 7/44/39-40; vgl. Urk. 7/8/18). Was den Indikator „Komorbiditäten“ betrifft, wies der psychiatrische Gutachter zwar darauf hin, dass ein affektives (depressives) Leiden vorliege. Dieses wirkt sich aber laut seiner – mit Blick auf die von ihm erhobenen Befunde überzeugend erscheinenden – Beurteilung aktuell noch nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus (Urk. 7/44/39). Es besteht sodann Grund zur Annahme, dass das depressive Beschwerdebild durch invaliditätsfremde Faktoren (Stellenverlust [Urk. 8/44/29-30])

mitbestimmt ist. Somatische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden von den Gutachtern nicht erhoben. Zum Komplex „Persönlichkeit“ ist festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter ätiologisch von einer Persönlichkeit ausgeht, deren Selbstwert wesentlich durch die Arbeitstätigkeit bestimmt gewesen sei; das Selbstverständnis der Beschwerdeführerin sei mit Eintreten des Unfalles erheblich erschüttert worden (Urk. 7/44/39). Eine Persönlichkeitsstörung

zog er jedoch nicht in Betracht. Hinsichtlich des Komplexes „Sozialer Kontext“ ist einerseits auf die laut psychiatrischem Gutachter das Beschwerdebild möglicherweise

mitbestimmenden (invaliditätsfremden) Kontextfaktoren hinzuweisen (Urk. 7/44/53). Andererseits lässt der Lebenskontext der Beschwerdeführer in auf durchaus vorhandene Ressourcen (gute Ehe , offenbar auch ein gutes Verhältnis zu den Kindern [Urk. 7/44/34-35]) schliessen . Zum - beweisrechtlich entscheidenden - Aspekt der Konsistenz ist einerseits zu erwähnen, dass die aktenkundigen Behandlungsbemühungen (im Zeitpunkt der Begutachtung : keine Physiotherapie, keine Psychotherapie [Urk. 7/44/18] , keine regelmässige Medikamenteneinnahme [Urk. 7/8/18 und Urk. 7/44/39-40])

nicht auf einen ausgeprägten Leidensdruck schliessen lassen. Sodann stellten die Gutachter des Z.____ etliche Diskrepanzen fest (ganz erhebliche Berührungsschmerzhaftigkeit der linken Schulter und Klopfschmerzhaftigkeit der Wirbelsäule bis zur LWS anlässlich der internistischen, nicht jedoch anlässlich der rheumatologischen Untersuchung [Urk. 7/44/42] ; keine Muskelatrophie/physiologische Differenzen trotz anamnestischer Schonung des linken Armes [Urk. 7/44/22 und Urk. 7/44/24]; trotz Klagen über ausgeprägte Schmerzen normale Kraft proximal im Schultergürtel links ohne zu erwartendes schmerzbedingtes Nachgeben [Urk. 7/44/29] ; Angabe einer regelmässigen Medikamenteneinnahme, welche jedoch durch die erhobenen Medikamentenspiegel nicht bestätigt wird [Urk. Urk. 7/44/39-40]) .

E. 4.4.4

Demnach sind auch unter Berücksichtigung der nunmehr im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (vgl. E. 1.1.3) erhebliche funktionelle Auswirkungen der Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Aus rechtlicher Sicht ist daher die chronische Schmerzstörung nicht als invalidisierend zu betrachten.

E. 4.5

Hinsichtlich des Verlaufes der Arbeitsfähigkeit ist vorab zu bemerken, dass sich die Beschwerdeführerin – erst - am 5. September 2011 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug angemeldet hat. Ein allfälliger Rentenanspruch konnte deshalb frühestens am 1. März 2012 entstehen (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) .

Gemäss der gutachterlichen Verlaufsbeurteilung war die Beschwerdeführerin in diesem Zeitpunkt sowie in der Folgezeit bis zur Begutachtung im Z.____ (November 2012) nur noch durch das – invalidenversicherungsrechtlich nicht relevante – Schmerzsyndrom in ihrer Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit beeinträchtigt , was nach dem Gesagten überzeugend erscheint .

E. 4.6

Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht ist demnach davon auszugehen, dass zumindest zwischen dem Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (März 2012) bis zur Begutachtung im Z.____

(November 2012) keine relevante Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit bestand.

E. 4.7

Objektive Anhaltspunkte dafür, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung bis zum Erlass der – rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden – Verfügung vom 21. Januar 2014 (Urk. 2) massgeblich

verschlechtert haben könnte, sind nicht ersichtlich und ergeben sich auch nicht aus den von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten – erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung verfassten – Berichten des H.____

betreffend die MR Arthrographie Schulter links vom 14. Februar 2014 (Urk. 3/5, vgl. auch den betreffenden, aus den Unfallakten beigezogenen Bericht der I.____ vom 26. März 2014, Urk. 9/5) sowie von J.____, lic. phil. Psychologin FSP vom 3. Februar 2014 (Urk. 3/4). Insbesondere lässt auch der in der MR Arthrographie der linken Schulter vom 14. Februar 2014 dargestellte, auf eine Bursitis (Schleimbeutelentzündung) hinweisende, Erguss in der Bursa subacromialis / subdeltoidea

nicht auf eine relevante (andauernde) Verschlechterung schliessen, zumal Schleimbeutelentzündungen behandelbar sind. 5.

Die Beschwerdegegnerin ist demnach zu Recht davon ausgegangen, dass ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen ist. 6.

E. 5

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Am Ergebnis würde sich im Übrigen auch nichts ändern, wenn angenommen wird, dass der Beschwerdeführerin die bisherigen Tätigkeiten nicht mehr zuzumuten sind (vgl. E. 4.3.3).

Für diesen Fall ist zur Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit ein Einkommensvergleich durchzuführen (vgl. E. 1.3).

E. 6.2

Die Beschwerdegegnerin hat gemäss den Angaben in den Auszügen aus ihrem individuellen Konto im Jahr 2010 mit ihren Tätigkeiten als Raumpflegerin bei drei verschiedenen Arbeitgebern (vgl. dazu Urk. 7/4/4) ein AHV-pflichtiges Einkommen von insgesamt Fr. 49'985.-- erzielt (Urk. 7/9 und Urk. 7/46). Anhaltspunkte dafür, dass sich im Gesundheitsfall an den Verdienstverhältnissen etwas geändert hätte, bestehen nicht.

Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (2010: 2579 Punkte; 2012: 2630 Punkte [vgl. die Volkswirtschaft 3-4/2015, Tabelle B10.3]) ist deshalb für den Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (2012) ein mittleres Valideneinkommen von Fr. 50'973.-- anzunehmen.

E. 6.3

Gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik des Jahres 2010 betrug der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) von Frauen für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) im privaten Sektor Fr. 4'225.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche

(LSE 2010 TA1 Seite 26), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,6 Stunden im Jahre 2010 (vgl. die Volkswirtschaft 3-4/2015, Tabelle B9.2) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Frauen (2010: 2579 Punkte; 2012: 2630 Punkte [vgl. die Volkswirtschaft 3-4/2015, Tabelle B10.3]) einen monatlichen Verdienst 2012 von Fr. 4'481.-- resp. einen Jahresverdienst von Fr. 53'772.-- (= Fr. 4'481.-- x 12) ergibt. Ausgehend vom von RAD-Ärztin C. ___

formulierten Belastungsprofil (vgl. E. 3.5) ist der rechtsdominanten Beschwerdeführerin, wenn überhaupt, ein leistungsbedingter Abzug von allerhöchstens 10 % vom Tabellenlohn zu gewähren. Weitere Abzugsgründe (vgl. dazu BGE 126 V 75) sind nicht gegeben. Das Invalideneinkommen ist demnach auf mindestens Fr. 48'395.-- (= 0,9 x Fr. 53'772.--) festzusetzen.

E. 6.4

Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 2'578.-- resp. ein – nicht rentenbegründender – Invaliditätsgrad von 5 % . 7.

Die Beschwerdegegnerin hat demnach einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin jedenfalls zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8 .

Gemäss 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. 600.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstMöckli

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 012

entnommenen Blutprobe weder Paracetamol noch Fentanyl oder Novalgin

hätten nachgewiesen werden können , die Beschwerdeführerin aber angegeben habe, diese Medikamente zur Schmerzreduktion regelmässig einzunehmen resp. das Pflaster zu wechseln. Deswegen sei anlässlich der Schlussbesprechung erneut eine Konzentrationsbestimmung vorgenommen worden, welche nun wirksame Blutspiegel für Novalgin und Fentanyl gezeigt habe. Paracetamol sei auch in dieser zweiten Probe nicht nachweisbar gewesen. Es müsse konstatiert werden, dass die angegebene Schmerzmitteltherapie offenbar nicht regelmässig eingenommen werde. Somit fänden sich auch keine Zeichen der (übermässigen) Schonung im Sinne einer muskulären Atrophie. Aufgrund der festgestellten Diskrepanzen sei er doch der Ansicht, dass neben dem der Beschwerdeführer in nicht bewussten dysfunktionalen Schmerzbewältigungsmuster auch ein sekundärer Krankheitsgewinn vorliegen könnte.

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