

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01187 vom 16. Februar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.01187](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01187)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01187 du 16 février 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01187 del 16 febbraio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1961, war ab 1991

als Mitarbeiterin der Unterhaltsreinigung

bei der Z.\_\_\_\_

angestellt (Urk. 7/15 Ziff. 2.1 und Ziff. 2.7). Am

7. Oktober 2010 erlitt sie auf einer Sommerrodelbahn

einen Auffahrunfall (Urk. 7/12/37). Seither hat sie ihre Arbeitstätigkeit nicht wieder aufgenommen (vgl. Urk. 7/40 S. 9 oben,

Urk. 7/66/4 Mitte). Am

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.3**

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 Vorakten (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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### E. 1.4

).

Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt (Ziff. 1.7). 3.5

Am 20. April 2011 (Urk. 7/14) berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 18. Februar 2011 in ihrer Behandlung (Ziff. 1.2). Sie nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Schleudertrauma (ICD-10 F54) - chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10 F54) - Status nach einer mittelgradigen depressiven Episode mit ausgeprägten Ängsten und einer Schmerzproblematik (ICD-10 F32.10), DD: Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2), DD: agitierte Depression - zur Zeit leichte depressive Episode (ICD-10 F32.00) - zervikales Schmerzsyndrom (ICD-10 F54) - funktionelle Dysästhesie der linken Körperhälfte - Status nach Auffahrkollision am 8. (richtig: 7.) Oktober 2010 mit HWS-Distorsion Grad I - chronisches vertebrales Schmerzsyndrom

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, unter der eingeleiteten medikamentösen Therapie und mit unterstützenden Gesprächen in der Muttersprache sei es zu einer erfreulichen Besserung des psychischen Zustandes gekommen (Ziff. 1.5).

Vom 18. Februar bis 15. April 2011 sei die Beschwerdeführerin als Putzfrau nicht arbeitsfähig gewesen (Ziff. 1.6). Ab sofort bestehe wieder eine etwa 50%ige Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.9). Körperlich bestünden chronische Schmerzen, welche sich auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkten (Ziff. 1.7). 3.6

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, berichtete am 21. April 2011 (Urk. 7/10/1-3). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Dysästhesie der linken Körperhälfte bei Status nach Auffahrkollision und mit Tinnitus, Schwindel, Zephalaea, Müdigkeit und Dyspnoe, eine reaktive Depression, eine zystische Läsion des Schilddrüsenlappens rechts, einen Vitamin D-Mangel sowie eine Hepatopathie (Ziff. 1.1). Er attestierte der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Arten von Tätigkeiten (Ziff. 1.6-7). 3.7

Am 5. Juli 2012 erstattete Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein vertrauensärztliches Gutachten im Auftrag der Pensionskasse (Urk. 7/46/1-28).

Als psychiatrische Hauptdiagnosen nannte Dr. F.\_\_\_\_ eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 45.4) verbunden mit einer chronifizierten, leicht gradigen Depression (ICD-10 F32.8) auf der Grundlage einer akzentuierten Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1), zu der ein Vermeidungsverhalten, Selbstlimitation und eine Schmerzverarbeitungsstörung gehörten (S.

27 lit. D, vgl. auch S.

21 Ziff. 3.2).

Der Gutachter führt e aus , im Verhalten sei die Beschwerdeführerin ausufernd, schwer steuerbar und dabei laut und klagend gewesen (S.

16 oben). Aufgrund eines Vermeidungsverhaltens seien die Beschwerdeschilderungen durch Aggrava tion und Verdeutlichungstendenzen gekennzeichnet gewesen. Hinweise auf Simulation oder Dissimulation hätten jedoch nicht eruiert werden können. Ein Leidensdruck sei spürbar, das Veränderungspotential erscheine jedoch relativ gering, womit zusammenhänge, dass das Krankheitsmodell fast ausschliesslich somatisch orientiert sei (S.

17 oben). Aus psychiatrischer Sicht liege seit dem 8. Oktober 2010 maximal eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit vor ; das Leiden sei chronifiziert durch eine Selbstlimitation an sich noch disponibler Fähigkeiten und Fertigkeiten im sozialen wie im beruflichen Zusammenhang. Ebenfalls zu vermerken sei ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten mit erheblichen Partizi pations verlusten . Das Hauptproblem sei, dass es der Beschwerdeführerin mangle - und zwar überwiegend aus medizinalfremden Gründen und nicht wegen eines genuinen psychiatrischen Gesundheitsschadens - die durchaus vorhandene Ar beitsfähigkeit in effektive Arbeitsleistung umzusetzen. Mit einer entsprechenden Fachbehandlung sollte die 40%ige Arbeitsunfähigkeit praktisch auf 0 % gesenkt werden können, dies innerhalb weniger Monate (S. 24 unten).

In der Psychotherapie gehe es vor allem darum, störungsspezifisch zu arbeiten, aber sicher auch darum, den Ehemann und andere Familienmitglieder oder auch den Case Manager einzubeziehen. Es sei doch offensichtlich, dass die Beschwer deführer in eine Vielzahl von ihr selbst zu erledigenden Aufgaben schon lange an andere übergeben habe und auf diese Weise das Ausmass ihrer Selbst limi tierung noch weiter treibe. Deshalb sei es empfehlenswert, in der Psy cho therapie auf die Bearbeitung der dysfunktionalen Verhaltensweisen der Be schwer defüh rerin a bzustellen. Das A und O der gesamten Behandlung sei freilich die alsbal dig anzustrebende berufliche Wiedereingliederung, vor allem unter tatkräftiger Mitarbeit des Case Managers und mit Unterstützung durch den Arbeitgeber. E ine Rentenleistung sollte keinesfalls geprüft werden, weil gar kein invalidisie render Gesundheitsschaden vorliege. Auch würde eine solche Vorgehensweise ganz zweifellos das regressive Vermeidungsverhalten (im Sinne eines sekundä ren Krankheitsgewinns) noch weiter verstärken (S. 25 oben ). 3.8

In seinem Bericht vom 1 6. November 2011 ( Urk. 7/43) nannte Dr. E.\_\_\_\_ die bereits im Bericht vom April 2011 (vorstehend E.

3.6) genan nten Diagnosen ( Ziff. 1.1) und attestierte der Beschwerdeführerin weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Arten Tätigkeiten aufgrund einer verminderten Belastbarkeit der HWS und des Schultergürtels sowie aus psychischen Gründen ( Ziff. 1.6-7). 3.9

Am 3 0. November 2012 ( Urk. 7/44) berichtete Dr. D.\_\_\_\_ , seit ihrem letzten Bericht vom April 2011 (vorstehend E. 3.5) sei die Beschwerdeführerin in der soma tischen Behandlung engmaschig betreut worden, sodass bei ihr nur noch monatliche Sitzungen statt gefunden hätten. M ittels antidepressiver medika m entöser Therapie und monatlicher unterstützender G espräche in der Mut ter sprache habe kaum eine weitere Besserung des psychischen Zustandes der Be schwerdeführerin erreicht werden können, da die Beschwerdeführerin stark auf die somatischen Beschwerden und das Unrecht, welches sie e rlebe, fixiert sei (

Ziff. 1.5). 3.10

In ihrem Bericht vom

20. Dezember 2013 ( Urk. 7/62) nannte Dr. D.\_\_\_\_ die bereits im Bericht vom April 2011 (vorstehend E.

3.5) genannten Diagnosen (S.

1

f.). Sie führte aus, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die körperliche Problematik eingeschränkt (S. 2 Mitte). 3.11

Am 31. Januar beziehungsweise 15. März 2014 erstattete Prof. Dr. med.

G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin ( Urk. 7/65). Er stützt sich auf die ihm überlassenen Akten

( vgl. S. 3 unten und Urk. 7/66/6 ff. ) sowie seine am 16. Januar 2014 durchgeführte Untersuchung (vgl. S. 2 Mitte).

Der Gutachter konnte keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nennen. Als psychiatrische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine leichte bis mittelgradige chronifizierte depressive Episode, reaktiv zur somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F 32.8), sowie eine histrionische Persönlichkeitsakzentuierung ( ICD-10 Z73.1; S. 24 lit. E) .

Prof.

G.\_\_\_\_ führte aus, bei der Begutachtung eine stark verdeutlichende bis aggravierende Versicherte gesehen zu haben, die im Vortrag ihrer Beschwerden demonstrativ gewesen sei. In logorrhöisch-agitierter depressiver Weise habe sie ihre subjektive Befindlichkeit vorgetragen, die zum psychopathologischen Befund diskrepanz gewesen sei. Im Vordergrund gestanden hätten eine stark ausgeprägte Schmerzverarbeitungsstörung mit dysthymem Affekt in Bezug auf die Schmerzen, maladaptivem Copingstil und negativer Kontrollüberzeugung bezüglich einer beruflichen Wiedereingliederung und einer privaten Teilhabemöglichkeit (S.

21 oben). Für das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sprächen die rasche Symptomausweitung der Schmerzen, das Fehlen somatisch begründbarer Störungen, das weitgehende Fehlen einer Wirksamkeit der Schmerzmedikation und die hohe Intensität der subjektiven Schmerzwahrnehmung bei fehlendem adäquatem Affekt ( dysthyme Affektivität). Zudem sei die Intensität des subjektiven Schmerzempfindens abhängig von psychosozialen und emotionalen Faktoren, was die Diagnose stütze. Schliesslich spreche für das Vorliegen einer somatoformen Störung das Beharren der Beschwerdeführerin auf somatischen Untersuchungen und Therapiemassnahmen bis hin zum Wunsch nach operativem Vorgehen (S. 21 unten). Auch sei psychodynamisch ein familien-systematischer Zusammenhang mit der Verunfallung des Ehemannes zu postulieren. Die Beschwerdeführerin habe sich in die Kranken- und Opferrolle zurückgezogen und geniesse einen ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn (zum

Beispiel sei die erwachsene Tochter wieder in den elterlichen Haushalt zurückgekehrt um die Beschwerdeführerin zu betreuen, geniesse die Beschwerdeführerin die gesteigerte Aufmerksamkeit ihrer früheren Arbeitskollegen und wechsle sie die Rolle der Ernährerin der Familie zur Pflege bedürftigen). Eine histrionische Persönlichkeitsakzentuierung könne dabei aus gelebt werden (S.

22 oben). Die erforderlichen Kriterien für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 seien bei der Beschwerdeführerin erfüllt (S. 22 Mitte).

Die Ätiologie der zu erhebenden affektiven depressiven Störung sei im Zusammenhang mit dem chronischen Schmerzsyndrom zu begreifen. Die Beschwerdeführerin habe immer wieder depressive Symptome in Abhängigkeit von den Schmerzen beschrieben. Das Vorliegen einer primären Depression sei bei fehlender Heredität eher unwahrscheinlich. Zudem habe sich die Depression im Zusammenhang mit der Schmerzerkrankung entwickelt. Daher handle es sich bei der vorliegenden depressiven Störung um keine eigenständige Komorbidität, sondern um eine Schmerzverarbeitungsstörung begleitendes reaktives Leiden (S. 21 Mitte).

Im Weiteren nahm Prof. G. \_\_\_ Stellung zu den Foerster-Kriterien (S. 23) und gelangte zum Schluss, dass zu keinem Zeitpunkt eine psychiatrisch begründbare Einschränkung der beruflichen Fähigkeiten bei Vorliegen eines ausgeprägten syndromalen Leidens bestanden habe (S.

24 oben). Es lägen keine psychiatrischen Erkrankungen vor, die geeignet seien, das positive Leistungsbild der Beschwerdeführerin im IV-relevanten Sinne mittel- und langfristig zu mindern und eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % zu begründen. Die bei der Beschwerdeführerin bestehenden soziokulturellen Probleme mit Sprachschwierigkeiten und Problemen im Rollenverständnis

habe er bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit ausgeschlossen (S. 24 f. lit. F). 3.12

Am 15. März 2014 erstattete Dr. med. H. \_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin

(Urk. 7/66/2-79). Sie stützte sich auf die ihr überlassenen Akten (S.

5 ff.) und ihre am 26. Februar 2014 durchgeführte Untersuchung (vgl. S.

2 oben).

Dr. H. \_\_\_ nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 70 Ziff. 9.1): - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der HWS bei - leichten degenerativen Veränderungen mit breitbasiger

Bandscheibenvorwölbung C5/6 und mässigen foraminale Stenosen C5/6 rechts mehr als links mit - zumindest Reizung der austretenden Nervenwurzeln C6 beidseits mit leichter Regredienz der Bandscheibenvorwölbung C5/6 und stationären mässigen foraminale Stenosen (MRI vom Februar

2014 gegenüber MRI vom Februar

2011 und MRI vom November

2010)

- unauffälligen neurologischen Abklärungen ( November

2010 und Dezember

2010) - ohne radikuläre Zeichen

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. H. \_\_\_ ausgedehnte chronische Schmerzen, eine Adipositas Grad I, einen Vitamin D-Mangel mit Besserung, eine Hypercholesterinämie, eine erhöhte

Gamma - Glutamyl-Transferase

( GGT ) mit Besserung sowie einen Status nach Unfall beim Sommerrodeln am 7. Oktober 2010

## **E. 2**

4. März 2011 meldete sich die Versicherte zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an ( Urk. 1).

### **E. 2.1**

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht in der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) mit der Begründung, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor (S. 2 Mitte). Die im bidisziplinären

Gutachten genannten Diagnosen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Unterhaltsreinigung sei mit dem formulierten medizinischen Belastungsprofil vereinbar. Die aus der somatoformen Schmerzstörung resultierenden Einschränkungen seien überwindbar; es bestehe - reaktiv auf das Schmerzgeschehen - eine chronifizierte depressive Störung, die keinen komorbiden Charakter aufweise und die Foerster-Kriterien seien nicht erfüllt (S. 1 f.). 2. 3

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde ( Urk. 1) demgegenüber geltend, die im Jahr 2010 begonnene und seither konsequent durchgeführte Psychotherapie habe zu keiner Besserung ihres Gesundheitszustands geführt und es sei in absehbarer Zeit auch nicht mit einem Erfolg zu rechnen. Damit liege ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis vor und könne ihr nicht zugemutet werden, trotz ihrer Krankheit arbeiten zu gehen (S.

4 unten). Sollte dem Hauptantrag nicht stattgegeben werden, sei eine Rückweisung angezeigt, da die Beschwerdegegnerin ihrer Begründungspflicht nicht nachkomme, indem sie - in der aktenwidrigen Annahme, ihr sei die bisherige Tätigkeit vollumfänglich zumutbar - einen Einkommensvergleich unterlassen habe (S. 5). 3. 3.1

Die Ärzte des A. \_\_\_ , Klinik für Unfallchirurgie, berichteten am 22. November 2010 ( Urk. 7/10/18-20) und nannten als Diagnosen einen Status nach Auffahrunfall am 8. (richtig: 7.) Oktober 2010 mit Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) Grad I und einen Verdacht auf eine chronische Schmerzentwicklung. Sie führten aus, Einschränkungen, welche aus dem Unfall und den bildgebenden Befunden abzuleiten wären, bestünden keine (S. 2 unten). 3.2

Dr. med. B. \_\_\_ , Facharzt für Neurologie, berichtete am 17. Januar 2011 ( Urk. 7/10/14-17), bei der Beschwerdeführerin finde man ein zervikales Schmerzsyndrom mit

einer leichten Beeinträchtigung der Beweglichkeit, einer mässigen muskulären Verspannung und klinisch Hinweisen für eine intermittierende radikuläre Reizung der unteren zervikalen Wurzeln ohne sichere Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Darüber hinaus gebe die Beschwerdeführerin ein sensibles Hemisyndrom links an, das er jedoch zu nächst im Rahmen einer Schmerzausweitung und somit als funktionell deute. Eine relevante Encephalopathie oder eine relevante Schädigung der HWS sei bereits ausgeschlossen worden. Die somatosensorisch evozierten Potentiale hätten keine Hinweise auf eine relevante Radialisschädigung ergeben (S. 4). 3.3

Die Ärzte des A.\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, berichteten am 28. Januar 2011 (Urk. 7/10/21-24) und nannten folgende Diagnosen (S. 1 unten): -

Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) - chronisches Schmerzsyndrom (Rücken, Kopf, Arm-/Beinbereich links, Schwindel, Tinnitus) - differentialdiagnostisch (dd) : organisch - dd : somatoforme Komponente im Rahmen einer Somatisierungsstörung - dd : im Rahmen des depressiven Syndroms

Die Ärzte empfahlen eine ambulante Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischem Ansatz, kombiniert mit einer Psychopharmakotherapie mit Antidepressiva (S. 2 Mitte). 3.4

Vom 8. bis 23. März 2011 weilte die Beschwerdeführerin stationär im Stadtspital

C.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, wo gemäss Bericht vom 16. Mai 2010 (richtig wohl: 2011; Urk. 7/19) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden (Ziff. 1.1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit hohem Stressniveau und Vermeidungsverhalten (ICD-10 F43.21) - Zervikozephalosyndrom mit Halbseitensymptomatik links - Status nach Auffahrunfall auf Sommerrodelbahn am 8. (richtig: 7.) Oktober 2010 - Hyposensibilität und Schwäche über der gesamten linken Körperhälfte - Tinnitus links permanent, rechts intermittierend, Schwindel, Müdigkeit, Druckgefühl auf der Brust, Dyspnoe - Röntgen der HWS und Brustwirbelsäule (BWS) vom März 2011: Unkovertebralarthrose C5/6, Osteochondrose C5-7 - Hospitalisation Unfallchirurgie A.\_\_\_\_ im November 2010: HWS-Distorsion Grad I - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21)

Die Ärzte führten aus, bei Eintritt sei die HWS bei ausgeprägter Abwehrspannung kaum untersuchbar gewesen. Es habe sich die geschilderte diffuse Halbseitensymptomatik links mit Hyposensibilität und generalisierter Kraftminderung gezeigt. Der Reflexstatus sei unauffällig gewesen. In der Bildgebung bestünden degenerative Veränderungen der HWS, welche die Beschwerden und subjektiven Einschränkungen nicht ausreichend erklären könnten. Die weitere Diagnostik mittels konventioneller Röntgenbilder und Sonographie der Schulter links sei ebenfalls unauffällig gewesen (Ziff.

## **E. 7**

/32), was vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 24. Februar 2014 (Verfahren Nr. UV.2012.00195) und vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_296/2014 vom

3. Juni 2014 bestätigt wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **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. 010**

mit okzipitalem Kopfanprall, ohne traumatische Organläsionen und ohne Prellmarken, mit Verdacht auf HWS-Distorsion Grad I (S. 70 Ziff. 9.2) .

Die Gutachterin führte aus, die Untersuchung sei durch Gegenspannung erschwert gewesen. Es seien Diskrepanzen aufgefallen. Der intermittierend hinkende Gang habe sich unter Ablenkung normalisiert. Die Beweglichkeit der LWS und BWS habe wegen Gegenspannung nicht geprüft werden können. Die Beweglichkeit der HWS habe sich unter Ablenkung normalisiert. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden gewesen. Bei der direkten Prüfung der Beweglichkeit der Schultergelenke hätten sich deutliche Einschränkungen beidseits gezeigt. Unter Ablenkung habe sich die Beweglichkeit normalisiert. Aus den Ergebnissen der Bioimpedanz-Analyse könne eine lang andauernde körperliche Schonung, wie von der Beschwerdeführerin berichtet, nicht abgeleitet werden (S. 71 Mitte).

Der bildgebende Befund im Bereich der HWS sei keinesfalls gravierend. Da die mässigen foraminalen Stenosen C5/6 mit Reizung der Nervenwurzeln C6 rechts mehr als links seien, die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden dagegen eher links mehr als rechts angebe, sei fraglich, ob die bildgebenden Befunde überhaupt einen Zusammenhang mit ihren Beschwerden hätten (S. 71 unten). Bei der Prüfung des Lasègues sei eine Verdeutlichungstendenz und bei der Prüfung der Handkraft eine Selbstlimitierung feststellbar gewesen (S. 72 Mitte). Im Blut seien das muskelentspannende Lyrica und das Antidepressivum Efexor im therapeutischen Bereich nachweisbar gewesen . Ebenfalls nachweisbar gewesen sei das Antidepressivum Saroten und das Schmerzmittel Novalgin , allerdings beide weit unterhalb des therapeutischen Bereichs. Vom Schmerzmittel Tramadol habe im Blut und Urin jede Spur gefehlt. Entgegen ihren Angaben habe die Beschwerdeführerin dieses Medikament am Untersuchungstag mit Sicherheit vergessen (S. 72 unten).

Durch die eingeschränkte Funktion der HWS sei die Beschwerdeführerin limitiert. Zu vermeiden seien Überkopfarbeiten sowie Vibrationen und das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung. Ebenso auszuschliessen seien unerwartete asymmetrische Lasteinwirkungen. Eher günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten. Die Beschwerdeführerin könne Lasten bis zu 12.5 kg heben oder tragen (leichtes bis knapp mittelschweres Belastungsniveau). Tätigkeiten, die diesem Profil entsprächen, könne die Beschwerdeführerin zu 100 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 % . Die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin bei der Unterhaltsreinigung könne sie ausüben, sofern sie dabei nicht mit Lasten über 12.5 hantieren müsse (S. 73 unten). 3.13

In der bidisziplinären

Zusammenfassung vom 15. März 2014 ( Urk. 7/68) führten Dr. H.\_\_\_\_ und Prof. G.\_\_\_\_ aus, aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Aus rheumatologischer und bidisziplinärer Sicht könne die Beschwerdeführerin eine angepasste HWS-schonende Tätigkeit zu 100 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 % . Dabei könne sie mit

Lasten bis 12.5 kg heben. In einer angepassten Tätigkeit habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. 4. 4.1

Das von der Beschwerdeführerin eingeholte rheumatologisch-psychiatrische Gutachten (vorstehend E. 3.11-13) erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. vorstehend E.

1.3). Die Gutachter gaben ihre Beurteilungen nach persönlicher Untersuchung der Beschwerdeführerin

und in Kenntnis der Vorakten ab. Sie berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten sowohl die gestellten Diagnosen als auch die bezüglich der Arbeitsfähigkeit gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbar begründeter Weise. Die Beweiswertigkeit des Gutachtens wurde von der Beschwerdeführerin denn auch nicht substantiiert in Frage gestellt.

Damit ist gestützt auf das Gutachten von Prof. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer leichten bis mittelgradigen

chronifizierte, reaktiv zur somatoformen Schmerzstörung bestehenden depressiven Episode sowie einer

histrionischen Persönlichkeitsakzentuierung

leidet, was sich auch

mit der diagnostischen Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E.

3.7) deckt. In somatischer Hinsicht ist sodann

im Wesentlichen vom Bestehen degenerativer Veränderungen der HWS auszugehen, was ebenfalls im Einklang steht mit den Beurteilungen der mit der Beschwerdeführerin befassten Somatiker, insbesondere der Rheumatologen des Stadtspitals

C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.4). 4.2

Die von den Gutachtern hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht gezogenen Schlussfolgerungen wurden von der Beschwerdeführerin nicht in Zweifel gezogen. Angesichts der Tatsache, dass gemäss Dr. H.\_\_\_\_ bildgebend nur leichte degenerative Veränderungen an der HWS mit einer Reizung der austretenden Nervenwurzel in C6 zu erheben waren, sich klinisch jedoch keine radikulären Zeichen zeigten und auch die früheren neurologischen Abklärungen (vgl. vorstehend 3. 2) unauffällig waren, erweist sich die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ als nachvollziehbar und schlüssig. Aus somatischer Sicht ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin - unter Berücksichtigung des von Dr. H.\_\_\_\_ formulierten Belastungsprofils, mit welchem die zuletzt ausgeübte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Mitarbeiterin der Unterhaltsreinigung nach Lage der Akten vereinbar war (vgl. Urk. 7/15 Ziff. 5 und Urk. 7/40 S. 4 Ziff. 2) - keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit erfährt (vgl. vorstehend E. 3.12) 4.3

Während der psychiatrische Gutachter Prof. G.\_\_\_\_ und die Beschwerdeführerin davon ausgingen, dass sich die aus psychiatrischer Sicht zu stellenden Diagnosen nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken, machte die Beschwerdeführerin unter Bezugnahme auf die mit BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung geltend, dass

ihr eine willentliche Überwindung ihres Schmerzleidens nicht zumutbar und sie daher nicht arbeitsfähig sei (vgl. vorstehend E. 2.3) . 4.4

Mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht unlängst von der Rechtsprechung, wonach eine somatoforme Schmerzstörung oder ähnliche Störungen und ihre Folgen vermutungsweise mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien (BGE 130 V 352, 131 V 49 E.

1.2, BGE 139 V 547 E.

3), Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen und ihrer Auswirkungen auf die juristisch zu beurteilende Arbeitsunfähigkeit begründet (E.

6): An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person ( Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts (E.

3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren (E. 4). Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E.

4.4). Die Standardindikatoren umschreibt das Bundesgericht im massgebenden Leitentscheid BGE 141 V 281 wie folgt (E. 4.1.3): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3)

Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E.

5 Ingress). Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E.

5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotenen - Anwendung im Einzelfall zusammen (E.

5.2). Die Anerkennung eines rentenbegründenden 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 beweisbelastete versicherte Person zu tragen. 4.5

Im genannten Urteil (vorstehend E. 4.4) wurde weiter festgehalten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen

Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen-gutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (E. 8). 4.6

Aufgrund der dargelegten neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind auf das im Wesentlichen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu ordnende Störungsbild der Beschwerdeführerin nicht mehr die Massstäbe der bis herigen Überwindbarkeits-Rechtsprechung anwendbar. Insofern bedarf es keiner näheren Auseinandersetzung mit der Argumentation der Beschwerdeführerin, wonach ihr eine willentliche Leidensüberwindung nicht zumutbar sei. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des vorliegenden Einzelfalls zu prüfen, ob das psychiatrische (Teil-)Gutachten von Prof. G.\_\_\_\_ - gegebenenfalls im Kontext mit den übrigen medizinischen Akten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der nunmehr massgeblichen Indikatoren erlaubt (vgl.

vorstehend E.

4.5). 4.7

Vorab ist festzuhalten, dass sich mit Blick darauf, dass Prof. G.\_\_\_\_ in der klinischen Untersuchung ein stark verdeutlichendes bis aggravierendes Verhalten der Beschwerdeführerin feststellte (vorstehend E.

3.11) und auch Dr. F.\_\_\_\_

die Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin als durch Aggravation und Verdeutlichungstendenzen gekennzeichnet bezeichnete (vorstehend E.

3.7), das Vorliegen einer rentenausschliessenden Aggravation diskutieren liesse (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 2.2 sowie Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015). Nachdem die Grenzziehung zwischen einer anspruchsausschliessenden Aggravation und einer blossen

Verdeutlichungstendenz heikel ist, eine Aggravation nicht leichthin angenommen werden darf (Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.1 und E. 4.4) und sich Dr. F.\_\_\_\_ sowie insbesondere Prof. G.\_\_\_\_ nicht ohne Weiteres dahingehend äusserten, dass die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen würden und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten seien (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E.

4.2.4), ist das Vorliegen eines Ausschlussgrundes (zu Gunsten der Beschwerdeführerin) zu verneinen. 4.8

Vorliegend ist eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren (vorstehend E.

4.4) gestützt auf das Gutachten von Prof. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ sowie die übrigen medizinischen Akten möglich und eine weitere medizinische Abklärung dementsprechend nicht angezeigt.

Zur Kategorie des funktionellen Schweregrads kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin zwar über ausgeprägte Schmerzen am gesamten Körper klagte, deren Intensität auf einer zehnstufigen visuellen Analogskala (VAS) durchschnittlich und auch im Untersuchungszeitpunkt „mehr als 10“ betrage (Urk. 7/65 S.

#### **E. 11**

unten). Gemäss Prof. G.\_\_\_\_ waren die Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin indes durch ein stark verdeutlichendes bis aggressives Verhalten gekennzeichnet und die subjektive Befindlichkeit zum psychopathologischen Befund diskrepant. In der Untersuchungssituation konnte die Beschwerdeführerin denn auch während etwa einer Stunde ohne wesentliche Positionswechsel und insbesondere ohne Schmerzaeusserungen ruhig auf einem Stuhl sitzen (Urk. 7/65 S. 16 oben), was sich mit einem angeblichen VAS-Wert von 10 (vernichtender Schmerz) nicht vereinbaren lässt. Die von der Beschwerdeführerin des Weiteren beklagten Konzentrationsstörungen

waren in der Untersuchungssituation

sodann nicht feststellbar. Gemäss Prof. G.\_\_\_\_ konnte die Beschwerdeführerin die Aufmerksamkeit und Konzentration gut halten und dem über zweistündigen Untersuchungsverlauf inhaltlich jederzeit folgen. Sie hat

am Gespräch teilgenommen und gar in agitierter Weise versucht, die Führung zu übernehmen (Urk. 7/65 S. 16 Mitte). Auch der Rapport konnte während der Exploration durchgängig hergestellt werden (Urk. 7/65 S.

#### **E. 15**

unten). Im Weiteren beschrieb Prof. G.\_\_\_\_ ein stark katastrophisierendes Schmerzerleben und einen mal adaptiven

Copingstil mit negativer Kontrollüberzeugung bezüglich einer beruflichen Wiedereingliederung und einer privaten Teilhabemöglichkeit. Den Antriebszustand beschrieb er zwar einerseits als vermindert (Bewegungen), andererseits aber auch als gesteigert (Beschäftigung mit negativen Gedanken um die subjektive Schmerzwahrnehmung; Urk. 7/65 S.

#### **E. 17**

oben). Vor diesem Hintergrund ist die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde insgesamt nicht als besonders schwer einzustufen.

Obwohl bereits die Ärzte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des A.\_\_\_\_ eine Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischem Ansatz empfohlen hatten (vorstehend E.

3.3) und auch Dr. F.\_\_\_\_ die Wichtigkeit einer Psychotherapie insbesondere auch im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit betonte (vorstehend E.

3.7), begibt sich die Beschwerdeführerin nur etwa einmal im Monat in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (Urk. 7/65 S.

14 Ziff. 2.5)

und nimmt

damit eine indizierte Therapieform offensichtlich nicht in ausreichendem Umfang wahr. Im Weiteren hat die Beschwerdeführerin trotz engmaschiger Begleitung durch einen

Case-Manager und obwohl die Arbeitgeberin über lange Zeit Hand dazu bot, zu keinem Zeitpunkt einen auch nur niederschweligen Arbeitsversuch unternommen (vgl. Urk. 7/40 und Urk. 7/45, Urk. 7/65 S. 9 Mitte), obwohl Dr. F.\_\_\_\_ die berufliche Wiedereingliederung als zentrales Behandlungsziel nannte und diesbezügliche Massnahmen als zumutbar bezeichnete (Urk. 7/46 S. 25 unten) und auch die behandelnde Psychiaterin Dr. D.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin ab April 2011 zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit attestiert hatte (vorstehend E.

3.5). Im Übrigen wies Prof. G.\_\_\_\_ darauf hin, dass es der Beschwerdeführerin bei ausgeprägter Selbstlimitation an der nötigen Motivation zum beruflichen Wiedereinstieg mangle (Urk. 7/65 S. 23 unten). Diese Umstände sind als Indiz für eine nicht invalidisierende Beeinträchtigung zu werten.

Eine massgebliche Komorbidität ist nicht ausgewiesen. Körperlich bestehen einzig leichte degenerative Veränderungen im Bereich der HWS, wobei Dr. H.\_\_\_\_ es als fraglich erachtete, ob die bildgebenden Befunde überhaupt einen Zusammenhang mit den angegebenen Beschwerden haben (vgl. vorstehend E.

3.12). Was die von Prof. G.\_\_\_\_ diagnostizierte leichte bis mittelgradige chronifizierte depressive Episode angeht, welcher er eine eigenständige Komorbidität absprach mit der Begründung, dass es sich dabei um ein die Schmerzverarbeitung begleitendes reaktives Leiden handle (vgl. vorstehend E.

3.11), ist festzuhalten, dass nach der neusten bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine Depression nicht mehr allein wegen ihrer (allfälligen) medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor verliert (BGE 141 V 281 E.

4.3.1.3). Nachdem

aber die von Prof. G.\_\_\_\_ beschriebenen depressiven Symptome mit einer leichten Verschiebung des Affektes zum depressiven Pol, einer reduzierten Schwinnungsfähigkeit und einer Minderung der Fähigkeit, Freude zu empfinden (Urk. 7/65 S.

## **E. 21**

Mitte), nicht sehr eindrücklich ausfielen und Prof. G.\_\_\_\_ die Depressivität dementsprechend als lediglich leicht bis mittelgradig ausgeprägt bezeichnete, fällt diese bei der Beurteilung des funktionellen Schweregrads der Gesundheitsstörung der Beschwerdeführerin

nicht massgeblich ins Gewicht. Die von Prof. G.\_\_\_\_ des Weiteren diagnostizierte histrionische

Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) ist nicht als Komorbidität zu werten, da Z-Diagnosen rechtsprechungs gemäss (Urteil des Bundesgerichts 9C\_780/2014 vom 2. Juni 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen) nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3).

Sodann ist weder dem Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.7) noch dem Gutachten von Prof. G.\_\_\_\_

(vorstehend E.

3.11) zu entnehmen, dass die diagnostizierte histrionische Persönlichkeitsakzentuierung die Beschwerdeführerin massgeblich an der Mobilisierung an sich vorhandener persönlicher Ressourcen hindert. Dr. F.\_\_\_\_ hielt vielmehr fest, dass die Beschwerdeführerin die durchaus vorhandene Arbeitsfähigkeit aus überwiegend medizinalfremden Gründen nicht in effektive Arbeitsleistung umsetze und auch Prof. G.\_\_\_\_ verneinte das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung, welche geeignet sei, das positive Leistungsbild der Beschwerdeführerin im IV-relevanten Sinn zu mindern.

Im Übrigen ist ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin sozial gut eingebettet ist und ihr Lebenskontext - namentlich die Unterstützung, die ihr durch die Familienangehörigen zuteil wird (vgl. Urk. 7/65 S. 14 oben) - durchaus auf das Vorhandensein von (mobilisierbaren) Ressourcen im Hinblick auf die Ausübung einer Erwerbstätigkeit schliessen lässt. Soweit die belastende Lebenslage

mit Invalidität des Ehemannes und angespannter finanzieller Lage sowie soziokulturelle Probleme mit Sprachschwierigkeiten und Problemen im Rollenverständnis der Beschwerdeführerin Ressourcen rauben, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3). 4.9

Betreffend die Kategorie Konsistenz ist dem Gutachten von

Dr. F.\_\_\_\_ zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin zwar einerseits aus dem beruflichen Leben zurückgezogen, sich andererseits aber in den familiären Mittelpunkt gerückt hat, sodass sie in veränderter Form weitehrein am sozialen Leben teilhabe und insofern kein vollumfänglicher sozialer Rückzug besteht (Urk. 7/65 S. 23 Mitte). Die Beschwerdeführerin pflegt eigenen Angaben zufolge soziale Kontakte zu allen Mitgliedern der Herkunftsfamilien und

unterhält Kontakte zu Kolleginnen, welche sie besuchen (Urk. 7/65 S.

8 unten, S.

13 unten). Weiter gab sie an, am Vormittag meist in die Physiotherapie zu gehen (Urk. 7/65 S. 13 Mitte). Sodann unternimmt sie am Nachmittag jeweils kleinere Spaziergänge (Urk. 7/65 S.

13 unten) und scheint auch Bus zu fahren (Urk. 7/65 S.

12 oben). Weiter berichtete die Beschwerdeführerin, dass Kochen zu ihren Hobbies gehöre und sie Kochsendungen schaue (Urk. 7/65 S. 8 unten). Diese Umstände sprechen für das Vorhandensein persönlicher und sozialer Ressourcen.

Mit Blick darauf, dass die Beschwerdeführerin trotz gegenteiliger ärztlicher Empfehlungen keine ausreichende Psychotherapie wahrnimmt und die von Dr. H.\_\_\_\_ durchgeführten Blut- und Urinuntersuchungen ergaben, dass sie das

Schmerzmittel

Novalgin in einer Dosis weit unterhalb des therapeutischen Bereichs und das Schmerzmittel Tramadol jedenfalls am Tag der Untersuchung gar nicht eingenommen hatte, erscheint schliesslich ein erheblicher Leidensdruck zumindest fraglich und muss das Verhalten der Beschwerdeführerin angesichts der von ihr geschilderten massivsten Schmerzen als inkonsistent bezeichnet werden. 4.10

Bei dieser Sachlage ist eine aus der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung resultierende invalidenversicherungsrechtlich massgebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen. Nachdem die Beschwerdeführerin auch aus somatischer Sicht weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit eine relevante Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit erfährt (vorstehend E. 4.2), hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint.

Mit Blick auf die uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin war die Beschwerdegegnerin entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht gehalten, einen Einkommensvergleich durchzuführen und ist in ihrem Vorgehen keine Gehörsverletzung zu erblicken. Von der beantragten Rückweisung ist daher abzusehen.

Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 5.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt:

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