

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00626 vom 31. Mai 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00626](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00626)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00626 du 31 mai 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00626 del 31 maggio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7. September 2014 berichtet wurde ( Urk. 6/26).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 6/28, Urk. 6/33) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. Mai 2015 ( Urk. 6/37 = Urk. 2) einen Rentenanspruch der Versicherten.

#### **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). 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. 1.2**

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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychi

schon Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 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 arbeits unfähig 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).

#### **E. 1.5**

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. 2**

Die Versicherte erhob am 5. Juni 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. Mai 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr ab Dezember 2013 mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen (Urk. 1 S.

2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2015 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 4. September 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Buschauffeuse nicht mehr zumutbar sei. In einer behinderungsangepassten leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden und rücken schonenden

Tätigkeit sei sie hingegen zu 100 % arbeitsfähig. Die psychiatrischen Diagnosen seien für optimal leidensangepasste Tätigkeiten nicht einschränkend. Es resultiere somit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 29 % (S. 2).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 5) führte sie ergänzend aus, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin durch die Weiterführung der psychologischen Behandlung verbessert werden könne. Auch sei eine erhebliche und dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf die aktive Freizeitgestaltung der Beschwerdeführerin nicht nachvollziehbar (S. 2).

#### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), sie sei aufgrund ihrer psychischen Beschwerden auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit

nur zu 50 % arbeitsfähig. Die Beschwerdeführerin habe sich leichtfertig über diese gutachterliche Beurteilung hinweggesetzt. Eine psychosoziale Belastungssituation liege nicht vor. Somit habe sie Anspruch auf mindestens eine Dreiviertelsrente (S. 4 f.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin

und dabei insbesondere, ob aus psychischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. 3. 3.1

PD Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, B.\_\_\_\_, informierte mit Bericht vom 31. August 2012 (Urk. 6/6/2-3) über die radiologische Untersuchung der Wirbelsäule. Es habe sich dabei eine fokale kleine Diskusprotrusion

rezessal / foraminal links L4/5 ohne begleitende rezessale oder foraminale Nervenwurzelkompression gezeigt. Zudem liege eine Spondylarthrose L2-S1 beidseits mit unterschiedlicher Ausprägung vor. Eine entzündliche Spondylarthropathie sei unwahrscheinlich (S. 1 f.). 3.2

Die Ärzte des C.\_\_\_\_ gaben mit Bericht vom 4. Oktober 2013 (Urk. 6/13/5-8) an, dass sie die Beschwerdeführerin seit Dezember 2012 behandeln würden, und führten als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0) sowie eine Adipositas und ein chronisches lumbovertebrales bis – spondylogenes Schmerzsyndrom auf. Die depressive Symptomatik sei trotz der medikamentösen Behandlung therapieresistent. Die bisherige Tätigkeit als Buschauffeuse sei der Beschwerdeführerin aufgrund der Rückenbeschwerden und der mangelnden Belastbarkeit nicht mehr zumutbar (S. 1 f.). Es könne von einer vorsichtig günstigen Prognose ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin habe während der Behandlung Fortschritte erzielt (S. 3). 3.3

Mit Bericht vom 18. März 2014 (Urk. 6/19/6-9) bestätigten die Ärzte des C.\_\_\_\_ die bisher gestellten Diagnosen und berichteten über den Verlauf der Behandlung, wobei sich der Zustand der Beschwerdeführerin seit Oktober 2013 nur minimal verbessert habe. Die Beschwerdeführerin leide nach wie vor unter Müdigkeit, Erschöpfung, depressiver Verstimmung, innerer Unruhe, Lust- und Interesselosigkeit sowie Gedankenkreisen. Sie habe weiterhin Konzentrationsschwierigkeiten und sei vergesslich. Zudem verspüre sie ein Beklemmungsgefühl, wenn sie sich in Menschenmengen aufhalte. Einzige Schlafstörungen seien nicht mehr derart ausgeprägt. Schliesslich leide die Beschwerdeführerin auch an Rückenschmerzen. Sie sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 f.). 3.4

Im August 2014 erfolgte die von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie. Die Ärzte der MEDAS Z.\_\_\_\_ erstatteten ihr Gutachten am 17. September 2014 (Urk. 6/26) und führten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Folgendes auf (S. 26 f.

Ziff. 7.1.1): - mittelgradige depressive Episode, Erschöpfungsdepression (ICD-10 F32.1) - Agoraphobie (ICD-10 F40.0) - chronisches, diffuses generalisiertes Schmerzsyndrom unter Betonung des Achsenskeletts - Wirbelsäulenfehlstatik: lumbale Hyperlordose, abgeflachte Kyphose der Brustwirbelsäule (BWS), Hyperkyphose des zervikothorakalen Übergangs der Kopf-/ Schulterprotraktion, zervikale Streckhaltung, leichte Skoliose - muskuläre

Dekonditionierung - d egenerative Veränderungen der Halswirbelsäule ( HWS): Höhenmin derung des Intervertebralraum s C5/6 grösser als C6/7 mit Retrospon dylophytose , ventraler Spondylose und begleitender Spondylarthrose - d egenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS): kleine rezessale / foraminal e linksseitige Diskusprotrusion L4/5 ohne Neuro kompression , Spondylarthrosen L2-S1 beidseits, Punktum

maximum L4/5 beidseits, aktivierte S pondylarthrosen L4/5 beidseits grösser als L2/3 links, L3/4 rechtsbetont und L5/S1 rechts - unauffällige Sakroiliak algelenke beidseits - mögliches myogenes

Thoracic - outlet -Syndrom rechts - Schmerzverarbeitungsstörung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein e Hashimoto-Thyr e oiditis sowie ein e Adipositas (S. 27

Ziff. 7.1.2 ). Aus internisti scher Sicht liege keine Erkrankung von Relevanz vor. In der rheumatologischen Untersuchung

habe sich sodann kein adäquates klinisches, radiologisches oder laborchemisches Korrelat für das Beschwerdebild

der Beschwerdeführerin finden lassen . Die sehr tiefe Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit und das subjektive Ausmass des ausgedehnten muskuloskelettalen

Beschwerde bildes könnten mit den objektivierbaren Befunden nicht begründet werden .

Es präsentiere sich ein chronisches, diffuses, generalisiertes Schmerzsyndrom unter Betonung des Achsenskeletts. Die degenerativen Ve ränderungen der LWS sowie der H W S würden das Beschwerdebild ungenügend erklären (S. 2

### **E. 2.11**

) und der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann ( Urk. 6/26 S.

3 0

Ziff. 8.1.1) ,

nicht zu beanstanden ist und auch von der Beschwer deführerin nicht bestritten wird . 5. 3

Das Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin – in Beachtung der geltenden Rechtsprechung (BGE 129 V 472 E. 4.2.1) – gestützt auf die Tabel len löhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohn strukturhebungen (LSE), wobei sie auf den standardisierten Durch schnitts lohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtl ichen Wirtschafts zweigen des privaten Sektors abstellte. Das im Jahr 2010 von Frauen im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkom men betrug pro Monat

Fr. 4'225.-- (LSE 2010, S.

26, Tabellengruppe TA1, Total, Anforderungs niveu 4 ). Der durchschnittlichen wöchentlichen A rbeitszeit im Jahr 2013 von 41.7 Stun den und der allgemeinen Lohnentwicklung bei den Frauen in den Jahren 2011 bis 2013 angepasst, ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkomm en von rund Fr. 54'295.-- für das Jahr 2013 bei der verbliebenen 100%igen Arbeits fäh igkeit ( Fr. 4'225.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.01 x 1.01 x 1.007 ).

Die Beschwerdegegnerin gewährte vorliegend keinen Abzug vom Tabellenlohn ( vgl. Urk. 2 S. 2, Urk. 6/27 ). Ein solcher erscheint entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ( Urk. 1 S.

5 ) auch nicht als angezeigt (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) . So sind die Anforderungen an eine leidensangepasste Tätigkeit an hand des von den Gutachtern der MEDAS Z.\_\_\_\_ erstellten Belastungs pro fils nicht ungewöhnlich hoch und der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 erfasst bereits eine Vielzahl von leichten und mit teilschweren Tätigkeiten ; z umal der Beschwerdeführerin eine adaptierte Tätigkeit vol lschichtig zumutbar ist. D er Umstand, dass die Beschwerdeführerin auf eine wechselbelastende und rücken schonende Tätigkeit angewiesen ist, ist im Hinblick auf den allein massgeb lichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht abzugsrelevant (vgl. Urteil des Bun des gerichts 9C\_386/2012 vom 1 8. September

2012 E.

5.2, 8C\_176/2012 vom 3. Septem ber

2012 E.

8 und 9C\_454/2011 vom 3 0. September

2011 E.

4.3 ). Andere abzugsrelevante Gründe sind nicht ersichtlich und wurden auch nicht gel tend gemacht. 5. 4

Wird das Valideneinkommen von Fr. 75'907.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 54'2 95 .-- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 21'6

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

f. Ziff. 7.2.3) .

Aus psychi atri scher Sicht wurde festgehalten, dass die Schmer zen ausreichend erklär bar seien und keine Schmerzausweitung vorliege sowie auch keine Hin weise dafür bestünden, dass die Schmerzen in Zusammenhang mit einem emotionalen Konflikt oder einer psychosozialen Belastungssituation anzusehen seien. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine chronische Schmerz störun g

lägen daher nicht vor . Die Beschwerdeführerin sei vor allem depressiv und leide unter einer Erschöpfungsdepression. D ie Stimmung sei be trübt und der Antrieb sei eingeschränkt. Eine Freud- und Interesselosigkeit liege allerdings nicht vor. So erfreue

sie

sich beispielsweise an ihrem Hund. Des Weiteren leide die Beschwerdeführerin an Ein- und Durchschlafstörungen sowie Konzentrationsproblemen. Sie verspüre eine innere Leere. Das Selbstbewusstsein sei eingeschränkt. Aufgrund dieser Befunde sei somit eine mittelgradige de pressive Episode ausgewiesen. Auch könne eine Erschöpfungsdepression diag nostiziert werden. Die Beschwerdeführerin sei vor allem müde, erschöpft, ausge brannt und wirke

innerlich leer. Zudem habe sie Angst, wenn sie sich in einer Menschenmasse aufhalte. Eine Agoraphobie sei daher ebenfalls ausgewiesen (S.

29

Ziff. 7.2.3). Die Beschwerdeführerin verfüge allerdings auch über einige Ressourcen. So finde eine ambulante psychologische Behandlung statt und die Beschwerdeführerin nehme entsprechende Medikamente ein . Ausserdem sei sie sozial gut integriert (S. 3 0

Ziff. 7.2.4). Die Weiterführung dieser Massnahmen sei sinnvoll und es sei voraussichtlich zu erwarten, dass sich hierdurch der Gesundheitszustand verbessere und damit auch die Arbeitsfähigkeit erhöht werden könne. Ansonsten sei eine stationäre Behandlung in Betracht zu ziehen (S. 3 1 f. Ziff. 8.3; S. 3 3

Ziff. 9.4 und

Ziff.

## **E. 9**

8). Eine psychosoziale Belastungssituation liege nicht vor (S. 3 2

Ziff. 9.3).

Der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit als Buschauffeuse seit September 2012 nicht mehr zumutbar. Dieser Beruf mit überwiegend sitzender Tätigkeit und Vibrationen sei aus rheumatologischer Sicht aufgrund der bildgebend objektivierten degenerativen Veränderungen als eher ungünstig einzustufen. In psychischer Hinsicht könne sie diese Tätigkeit aufgrund rascher Ermüdbarkeit und Erschöpfung, eingeschränkter Antriebs sowie fehlender Konzentration und Aufmerksamkeit sowie ebenfalls fehlender Reaktionsfähigkeit nicht mehr ausüben . Zudem befänden sich viele Menschen in einem Bus, wodurch die Beschwerdeführerin Angst bekomme (S. 3 0

Ziff. 8.1.1-8.1.2, S. 3 2

Ziff. 9.1). In einer behinderungsangepassten körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden und rückschonenden Tätigkeit ohne längerdauernde Arbeiten mit der rechten oberen Extremität in maximaler Abduktions-/Elevationsstellung sei die Beschwerdeführerin seit Oktober 2013 zu 50 % arbeitsfähig. Die reduzierte Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ergebe sich einzig aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode (S. 3 1 f.

Ziff. 8.2.1 , Ziff. 9.2.b ). Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der psychischen Beschwerden auch im Haushalt zu 50 % eingeschränkt (S. 3 2

Ziff. 9.2.c). 3.5

Mit Stellungnahme vom 23. September 2014 erachtete Dipl. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), das Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_

als nachvollziehbar und plausibel ( Urk. 6/ 34 S. 4 f.). 3.6

Am 18. Dezember 2014 erfolgte eine Magnetresonanztomographie (MRI) der HWS . Im gleichentags erstellten Bericht ( Urk. 6/32) hielten die Ärzte der E.\_\_\_\_ eine kyphotische Fehllhaltung sowie ausgeprägte degenerative Veränderungen in den HWS-Segmenten C5/6 und C6/7 mit mässiger Spinalkanalstenose und Myelompelottierung sowie erheblicher

rechtsseitiger Neuroforamenbeengung mit möglicher Wurzelalteration C6 und C7 rechts fest (S. 1 f.). 4. 4.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ (vorstehend E.

3. 4) die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt, in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet wurde und der konkreten medizinischen Situation Rechnung trägt. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung durch die Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Das Gutachten erfüllt damit die praxismässigen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Die Beweiskraft des Gutachtens blieb im Übrigen auch von Seiten der Parteien unbestritten (vgl. Urk. 1 S. 4; Urk. 2 S. 2 f.; Urk. 6/34 S. 4 f.). 4.2

Aus somatischer Sicht liegt demzufolge ein chronisches, diffuses generalisiertes Schmerzsyndrom unter Betonung des Achsenskeletts

als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 6/26 S.

26

Ziff. 7.1.1). Die ausführliche rheumatologische Befundaufnahme war weitestgehend unauffällig und auch radiologisch zeigten sich keine wesentlichen Befunde. Es waren einzig leichte degenerative Veränderungen an der HWS sowie der LWS ersichtlich (vgl. Urk. 6/26 S.

20 f. Ziff. 6.3.1 -6.3.2). Ein adäquates klinisches, radiologisches oder laborchemisches Korrelat für das Beschwerdebild konnte nicht gefunden werden (Urk. 6/26 S. 22

Ziff. 6.4.3, S. 28

Ziff. 7.2.3). Die aus somatischer Sicht gutachterlich vorgenommene Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit erscheint gestützt auf die erhobenen Befunde und die gestellte Diagnose als plausibel und nachvollziehbar. So ist der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Buschauffeuse

aufgrund der bildgebend objektivierten degenerativen Veränderungen nicht mehr zumutbar, da es sich dabei um eine überwiegend sitzende Tätigkeit handelt und bei den Busfahrten Vibrationen zu spüren sind. In einer behinderungsangepassten körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden und rückschonenden Tätigkeit ohne längerdauernde Arbeiten mit der rechten oberen Extremität in maximaler Abduktions-/Elevationsstellung ist die Beschwerdeführerin hingegen zu 100 % arbeitsfähig (vgl. Urk. 6/26 S. 23 f.

Ziff. 6.4.3 und Ziff. 6.6.1-6.6.4, S. 30 f. Ziff. 8.1.1 und Ziff. 8.2.1). Im Haushalt ergibt sich aufgrund der somatischen Befunde keine Einschränkung (Urk. 6/26 S. 25

Ziff. 6.11.2.c). Eine Verbesse rung der Arbeitsfähigkeit ist aus rheumatolo gischer Sicht nicht zu erwart en ( Urk. 6/26 S. 2 6

Ziff. 6.11.5 ). Das im Anschluss an die Begutachtung der MEDAS Z.\_\_\_\_ im Dezember 2014 durch die

E.\_\_\_\_ erfolgte MRI der HWS (vgl. Bericht vom 1 8. Dezember 2014, Urk. 6/32) zeigt einen im Wesentlichen unveränderten somatischen Be fund (vgl. hierzu auch Urk. 6/36 S.

2), so dass sich dadurch keine abweichende Beurtei lung aufdrängt . 4.3

In psychischer Hinsicht diagnostizierten die Ärzte der MEDAS Z.\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine Agoraphobie (ICD-1 0 F40.0) als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 6/26 S. 2 6

Ziff. 7.1.1). D as Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie einer chro nischen Schmerzstörung wurde verneint ( Urk. 6/26 S.

1 2

f. Ziff. 5.4.3). Ins be sondere in Bezug auf die diagnostizierte Agoraphobie fehlt es indessen an einer eigentlichen Befundaufnahme (vgl. Urk. 6/26 S.

1 3

Ziff. 5.4.3). Entschei dend

sind

allerdings nicht die Diagnosen, sondern die Aus wirkungen der gesund heitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 136 V 279 E.

3.2.1 mit Hin weis auf BGE 127 V 294) . Diesbezüglich attes tierte d er psychiatrische Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ der Beschwerdefüh rin eine vollständige Arbeitsun fähig keit für die bisherige Tätigkeit. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit erachtete er aufgrund der affektiven Störung lediglich eine 50%i ge Arbeits fähig keit als gegeben ( Urk. 6/26 S. 1 4 f.

Ziff. 5.6.1- 5.6.3) .

Hierbei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass bei Beeinträchtigungen des psychischen Gesundheitszustandes stets eine objektive Betrachtung des Forder baren vorzunehmen ist (vorstehend E. 1.1, E.

1.3), wobei mittelschwere psychi sche Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeu tisch

angehbar gelten und bei mittelschweren depressiven Episoden (ICD-10 F32.1) die invalidisierende Wirkung regelmässig verneint wird (Urteile des Bun desge richts 9C\_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E.

5.1.2, 8C\_104/2014 vom 2 6. Juni 2014 E.

3.3.4 und 8C\_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2). Der Um stand, dass da s Gutachten bezüglich der Darlegung der medizinischen Situation voll beweis kräftig ist, bedeutet nicht, dass auch die dortige Einschätzung der Restarbeits fähigkeit für die Belange der Invalidenversicherung ohne weiteres massgeblich ist. Die Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, ist eine Rechtsfrage und obliegt damit nicht

den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden. Es ist folglich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar, einem Gutachten vollen Beweiswert zu zuerkennen, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sozialversicherungsrechtlicher Aspekte abzuweichen (BGE 140 V 193 E. 3.1 f., 130 V 352 E.

3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.1). 4.4

Der psychiatrische Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ begründete die vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mit einer raschen Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit, einem eingeschränkten Antrieb, einer rasch abnehmenden Konzentration und Aufmerksamkeit sowie einer abnehmenden Reaktionsfähigkeit. Auch die Agoraphobie schränkte die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit vollständig ein. Die verminderte Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit begründete er ausschliesslich mit der bestehenden mittelgradigen depressiven Episode ( Urk. 6/26 S. 14 f. Ziff. 5.6.1, Ziff. 5.6.3) .

Anlässlich der Begutachtung durch die MEDAS Z.\_\_\_\_ schilderte die Beschwerdeführerin einen weitgehend normalen Tagesablauf, woraus sich weder ein wesentlich eingeschränkter Antrieb noch ein vollständiger sozialer Rückzug erkennen lässt. So stehe sie früh auf, trinke einen Kaffee und nehme ihre Tabletten ein. Danach gehe sie mehrere Stunden mit ihrem Hund spazieren und erledige die Haushaltarbeiten. Das Mittagessen nehme sie alleine oder bei ihrer Mutter ein. Nebst den Spaziergängen mit ihrem Hund gehe sie regelmässig schwimmen und lese viele Bücher. Ihr Freund lebe nicht im gleichen Haushalt. Ein grosses soziales Netz bestehe nicht ( Urk. 6/26 S. 26

Ziff. 3.1.3). Der Tagesablauf lässt keine wesentlichen Einschränkungen erkennen, so dass insbesondere auch nicht nachvollzogen werden kann, weshalb die Arbeitsfähigkeit auch im Haushalt zu 50 % eingeschränkt sein soll (vgl. Urk. 6/26 S. 16

Ziff. 5.11.2.c). Sodann

sind einige Ressourcen ersichtlich, auf welche die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann. Diesen Umstand erkannten im Übrigen selbst die Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 6/26 S. 13

Ziff. 5.4.4).

Der Tagesablauf enthält sodann keine Hinweise auf wiederholt benötigte Pausen, weshalb auch die Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit nicht wesentlich ausgeprägt erscheinen. Dem gegenüber konnte anlässlich der Begutachtung zwar eine abnehmende Konzentration und Aufmerksamkeit der Beschwerdeführerin beobachtet werden. Insgesamt wurden allerdings nur minime psychopathologische Befunde erhoben ( Urk. 6/26 S.

11

Ziff. 5.3.1). Eine Therapiesitzung findet sodann nur alle zwei Wochen statt, was die Beschwerdeführerin dadurch erklärt, dass die Krankenkasse nicht mehr bezahle. Zusätzlich nimmt sie Antidepressiva zu sich. Eine stationäre Hospitalisation fand bisher allerdings noch nicht statt ( Urk. 6/26 S.

10

f. Ziff. 5.2.1). Die Gutachter gingen entsprechend auch

von einer günstigen Prognose aus und erwarteten eine voraussichtliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit auch eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit unter Weiterführung der bisherigen Therapie ( Urk. 6/26 S. 31 f. Ziff. 8.3). Im Übrigen ist anzumerken, dass selbst die Beschwerdeführerin ihre somatischen Beschwerden als vordergründig erachtete

( Urk. 6/26 S. 30

Ziff. 7.2.4 ). Da die Beschwerdeführerin zudem mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zur Begutachtung anreisen konnte, erscheint auch die Agoraphobie als nicht besonders einschränkend (vgl. Urk. 6/26 S. 20

Ziff. 6.3.1) . Der Beschwerdeführerin ist es demnach zuzumuten, ihre Arbeitsfähigkeit – unterstützt durch eine entsprechende konservative Therapie – in einem vollen Pensum zu verwerten, weshalb kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden ausgewiesen ist. 4.5

Zusammenfassend leidet die Beschwerdeführerin demnach aus somatischer Sicht an einem chronischen, diffusen generalisierten Schmerzsyndrom unter Betätigung des Achsen skeletts. Die bisherige Tätigkeit als Buschauffeuse ist ihr nicht mehr zumutbar. In einer behinderungsangepassten leichten bis mittel schweren, wechselbelastenden

und rückschonenden Tätigkeit ohne länger dauernde Arbeiten mit der rechten oberen Extremität in maximaler Abduktions-/Elevationsstellung ist sie hingegen zu 100 % arbeitsfähig. Dem psychischen Leiden kommt kein invalidisierender Charakter zu. 5. 5.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen, wo bei die Beschwerdeführerin aufgrund der Erwerbsbiographie unbestrittenermaßen als zu 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren ist.

Somit ist ein Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vorzunehmen. Da ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches entsteht (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) und angesichts der Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin am 11. Juni 2013 ( Urk. 6/2), würde ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab dem 1. Dezember 2013 bestehen. Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2013, abzustellen (BGE 129 V 222 ). 5. 2

Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ( vgl. Urk. 2 S. 2 , Urk. 6/27 ) stützt sich die Beschwerdegegnerin auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin und ermittelte somit ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 75'907. -- für das Jahr 2013 , was angesichts der Akten ( Urk. 6/9 S.

4 Ziff.

## **E. 12**

. --

und somit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 28 % (28.47 % , vgl. hierzu BGE 130 V 121) .

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmäßig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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: - Rechtsanwalt Markus Bischoff - 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 Mosimann Kudelski

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