

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00774 vom 24. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00774

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00774 du 24 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00774 del 24 giugno 2016

Erwägungen

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

Nach einschlägigen Abklärungen teilte die IV-Stelle der Versicherten daraufhin am 21. März 2011 mit, dass sie einen Anspruch auf Arbeitsvermittlung habe (Urk. 6/47); am 13. April 2011 gewährte sie Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche während eines Jahres durch Z.____ (Urk. 6/55). Nachdem die Versicherte am 1. November 2011 eine Stelle als Betriebsmitarbeiterin im Pensum von 25 % angetreten hatte (Urk. 6/77), ersuchte sie die IV-Stelle am 1. Oktober 2012 – unter zusätzlichem Hinweis auf Rückenbeschwerden, eine Angststörung, Migräne sowie Eisenmangel – erneut um Zusprache einer Rente (Urk. 6/64). Die IV-Stelle teilte ihr in der Folge am 17. Dezember 2012 den Abschluss der Stellenvermittlung durch die Z.____ mit (Urk. 6/72) und tätigte abermals medizinische Abklärungen. Am 27. Februar 2013 wurde der Versicherten das Arbeitsverhältnis per 30. April 2013 gekündigt (Urk. 6/83). Mit Schreiben vom 10. Juni 2013 (Urk. 6/89) beantragte sie daraufhin erneut berufliche Massnahmen. Am 23. September 2013 stellte die IV-Stelle ihr – unter Hinweis auf einen Invaliditätsgrad von 34 % – die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (vgl. Vorbescheid, Urk. 6/93). Auf hiergegen von der Versicherten erhobenen Einwand (Urk. 6/96, Urk. 6/99) hin liess die IV-Stelle diese im Sommer 2014 von den Ärzten der MEDAS A.____

polydisziplinär untersuchen (vgl. Gutachten vom 22. September 2014 [Urk. 6/117] und Ergänzung dazu vom 21. Oktober 2014 [Urk. 6/119]). In der Folge verfügte sie am 22. Juni 2015 – nun ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 20 % – die Abweisung des Leistungsbegehrens (Urk. 2). 2.

Gegen diese Verfügung (Urk. 2) liess X.____ am 26. Juli 2015 mit folgenden Anträgen Beschwerde erheben (Urk. 1 S. 2): "1.

Es sei der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab dem 1. November 2009 eine ganze Rente zuzusprechen. 2.

Eventualiter sei der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab dem 1. November 2009 eine halbe Rente zuzusprechen. 3.

Subeventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese weitere Abklärungen in medizinischer Hinsicht vornehme und hernach über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide. 4.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MWSt.) zu Lasten der Beschwerdegegnerin .“

Die IV-Stelle schloss am 28. August 2015 auf Abweisung der Beschwerde (vgl. Beschwerdeantwort, Urk. 5) . Replicando hielt die Beschwerdeführerin am 16. September 2015 an ihren Anträgen fest (Urk. 9). Die IV-Stelle teilte am 28. September 2015 ihren Verzicht auf Duplik mit (Urk. 12), was der Beschwerdeführerin am 29. September 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 1.2.1

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 psychischen 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. 1.2.2

Wie in

BGE 141 V 281 festgehalten (E. 5.2.1), hat sich das Bundesgericht verschiedentlich, so auch jüngst, über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische

Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2; Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 49).

In diesem Sinne lautet die normativ bestimmte Gutachterfrage, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folgt. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 in fine). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (BGE 140 V 290 E. 3.3.1, 135 V 201 E. 7.1; E. 5.2.2).

Jedenfalls in der Invalidenversicherung tragen Recht und Medizin, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Das heisst, dass die medizinischen Gutachter nicht, wie häufig anzutreffen, eine quasi freihändige Beurteilung abgeben und daneben noch Grundlagen liefern sollen, anhand derer die Rechtsanwender eine von der subjektiven ärztlichen Einschätzung losgelöste Parallelüberprüfung vornehmen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (E. 5.2.3). 1. 3

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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 in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung).

E. 1.4

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

dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 2.

E. 2

geborene X.____ meldete sich am 8. März 2009 – unter Hinweis auf degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit Arthrosen, Spondylosten und Instabilität – zum Bezug von Leistungen (berufliche Eingliederung, Rente) der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (Urk. 6/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, traf daraufhin berufliche, erwerbliche und medizinische Abklärungen. Am 4. November 2009 teilte sie der Versicherten mit, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen derzeit nicht angezeigt seien (Urk. 6/19), und am 25. November beziehungsweise 4. Dezember 2009 liess sie sie von den Ärzten des Begutachtungsinstituts Y.____ psychiatrisch und rheumatologisch untersuchen (vgl. Expertise vom 26. Januar 2010, Urk. 6/22). Daraufhin verfügte die IV-Stelle am 23. Juli 2010 – in Bestätigung ihres Vorbescheids vom 22. April 2010 (Urk. 6/26) – die Abweisung des Leistungsbegehrens (Urk.).

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die Rentenverweigerung – unter Hinweis auf das Gutachten der MEDAS A.____ vom 22. September 2014 (Urk. 6/117) – damit, dass

die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig und damit in der Lage sei, ein 20 % unter dem Valideneinkommen liegendes Salär zu erzielen (Urk. 2 S. 2 f.), beziehungsweise aufgrund ihres – psychosomatischen – Leidens nicht in anspruchrelevanter Weise in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (Urk. 5).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die Expertise der MEDAS A.____ vom 22. September 2014 (Urk. 6/117) taue aufgrund von Mängeln sowohl der neurologischen als auch der psychiatrischen Beurteilung nicht zum Beweis (Urk. 1 S. 6 ff.).

Stellt man dennoch auf das fragliche Gutachten beziehungsweise – für die Zeit vor der Untersuchung durch die MEDAS-Ärzte – auf die Expertise der Y.____ vom 26. Januar 2010 (Urk. 6/26) ab und gehe demnach von einer 70 respektive 75%igen Restarbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus, so resultiere bei korrekter Ermittlung des Invalidenlohns ein Invaliditätsgrad von 55,1 % ab November 2009 beziehungsweise von 51,9 % ab September 2014 und damit ein Anspruch immerhin auf eine halbe Rente

(Urk. 1 S. 12 f., Urk. 9 S. 3). Richtig erweise sei indes gestützt auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte des B.____ (B.____; Urk. 6/129) von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Da sie diese aufgrund der konkreten Gegebenheiten nicht mit zumutbarer Willensanstrengung zu überwinden vermöge, habe sie Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 1 S. 9 ff., Urk. 9 S. 3). 3. 3.1

Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, stellte am 16. März 2009 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/13 S. 2): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, rechtsbetont, bei degenerativen

Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) L3/L4, bestehend seit 2008 beziehungsweise seit zehn Jahren (Rückenschmerzen) - Schulter-Arm-Syndrom links (unauffälliges MRI der Halswirbelsäule [HWS]) - Psychosoziale Belastungsstörung mit Angstzuständen durch Erkrankung des Sohns an Zöliakie

Die überdies seit 2008 bestehende Ovarialzyste rechts sowie die Allergie auf Hausstaubmilben und Gummi schränkten die Arbeitsfähigkeit nicht ein (S. 2). In der bisherigen Tätigkeit als K... und Putzfrau sei die Beschwerdeführerin aufgrund der Angstzustände mit depressiven Verstimmungen und des Rückenleidens mit verminderter Belastbarkeit seit 10. November 2008 und bis auf Weiteres für körperlich schwere Arbeiten zu 50 % arbeitsunfähig (S. 3). Eine leichte Tätigkeit sei ihr zwar zumutbar, angesichts der starken familiären Belastung indes wohl nur im Pensum von 50 % (S. 4). 3.2

Nachdem sie die Beschwerdeführerin im November 2009 rheumatologisch und psychiatrisch untersucht hatten, stellten die Ärzte der Y... in ihrem Gutachten vom 26. Januar 2010 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/22 S. 22): - Panikstörung, ICD-10 F41.0 - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4, leichter Ausprägung, auf der Grundlage einer histrionischen Persönlichkeitsstruktur - Chronisches lumbovertebrales und lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom rechts - leichte Osteochondrose und Diskusprotrusion L3/4 - Dysfunktion Iliosakralgelenk (ISG) rechts - Myofaszial betontes thorakobrachiales Schmerzsyndrom links - Verspannung im Bereich der Schultergürtelfixatoren links

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten folgende Diagnosen (S. 23): - Unklare Angst, ICD-10 F49.1, mit phobischen Ängsten und Zügen einer generalisierten Angststörung - Normochrome

normozytäre Anämie - Psychosoziale Belastungssituation

Es liege ein kombiniertes psychiatrisch-rheumatologisches Krankheitsbild vor, wobei sich für die geklagten Beschwerden keine organische Ursache objektiv erweisen lasse. Auch der psychopathologische Befund sei – trotz grossen Leidens drucks – als leicht einzustufen. Die hauptdiagnostisch festgestellten drei bis fünf leichten Panikattacken bedeuteten für sich allein an sich noch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusammen mit den ausgedehnten starken Schmerzen sowie zahlreichen funktionellen Beschwerden bestehe indes ein grosser Leidensdruck mit dem Bewusstsein, körperlich krank zu sein und in einem progredienten Krankheitsprozess zu stehen. Die Beschwerdeführerin habe sich in der Vergangenheit im Rahmen ihrer Mehrfachbelastung einerseits als Mutter eines behinderten Kindes und andererseits als Nachtschichtarbeiterin mit hohem Perfektionsanspruch und hoher Leistungsorientierung überfordert. Psychodynamisch habe sie durch die Schmerzen und Angst eine Legitimation erhalten, die zusätzliche ausserhäusliche Arbeitsbelastung aufzugeben. Zusammenfassend liege zwar ein komplexes, aber leichtes Krankheitsbild vor, das nur eine leichte Verminderung der Arbeitsfähigkeit zeitige. Medizinisch-theoretisch sei von einer 70%igen Restarbeitsfähigkeit auszugehen, wobei der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht körperlich schwere Tätigkeiten nur noch zu 70 % und leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne Einschränkung zumutbar seien (S. 23 f.). Sie sei bei der Stellensuche auf Unterstützung angewiesen (S. 25). 3.3

Dr. C... stellte am 27. August 2010 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/31 S. 1): - Symptomatische Hypotonie mit Orthostase -Störungen -

Chronisches Panvertebralsyndrom mit Lumbovertebralsyndrom im Vordergrund -
Chronische Angststörung bei familiärer Problematik (Sohn mit Zöliakie) -
Eisenmangelanämie bei Hypermenorrhoe (Mirena -Unverträglichkeit)

Keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert aus nachstehenden Diagnosen: -
Chronische Kopfschmerzsymptomatik - Schulter-Arm-Syndrom - Allergie auf Hausstaub und Gummi

Die Prognose sei angesichts der seit Jahren anhaltenden chronischen Schmerzsymptomatik nicht gut. Jegliche Aktivitätssteigerung führe zu einer Schmerzexazerbation; selbst Schwimmen und längeres Gehen führe zu einer Zunahme der Beschwerden. Seit 10. November 2008 und bis auf Weiteres bestehe für körperlich schwere Tätigkeiten und damit auch die zuletzt ausgeübte Arbeit als I. eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2).
3.4

Vom 17. bis 18. September 2012 liess sich die Beschwerdeführerin notfallmässig im Stadtspital D. , Klinik für Innere Medizin, behandeln. In ihrem Bericht vom letztgenannten Datum stellten die Ärzte nachstehende Diagnosen (Urk. 6/80 S. 10): -
Kopfschmerzen rechtsseitig unklarer Genese - Differentialdiagnose:
Spannungskopfschmerzen, Migräne - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts - Aktivierte Osteochondrose LWK 3/4 bei vorbestehenden osteochondrotischen Veränderungen (MRI 2011) - Polymyalgien und Polyarthralgien unklarer Genese -
Anamnestisch Status nach Daktylitis Dig. II rechts im Jahr 2010

Bei der Beschwerdeführerin seien vor zwei Tagen rechtsseitige Kopfschmerzen mit Ohrenscherzen und eine im Druck im Ohr aufgetreten; am Folgetag habe sie intermittierend einen Ton im Ohr gehört. Am Morgen des Klinikeintritts sei es dann zu einer Migräneattacke mit Schwindel und Erbrechen gekommen, wo bei sich die Schmerzen nach der Einnahme von Analgetika wieder gebessert hätten. Im weiteren Verlauf habe die Beschwerdeführerin vom Nacken ausgehende merkwürdige, nicht klar fassbare Beschwerden verspürt. Angesichts des unauffälligen allgemeinen und neurologischen Status seien die geklagten Beschwerden – bei klinisch deutlicherer muskulärer Verspannung – am ehesten als Spannungskopfschmerzen oder als etwas atypische Migräne zu interpretieren. Nach Abgabe von Aspirin 1000 mg intravenös sei es der Beschwerdeführerin wieder deutlich besser gegangen, so dass sie nach Hause entlassen werden könne. 3. 5

Die Ärzte des Universitätsspitals E. , Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, stellten in ihrem Neuro-Otologie-Bericht vom 10. Oktober 2012 nachstehende Diagnosen (Urk. 6/80 S. 7) : - Vestibuläre Migräne mit visueller Aura - unter Flunarizin starke Gewichtszunahme - unter Topiramidat Kribbeln in den Händen und Füßen, Schmerzen am Körper, komisches Gefühl - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom

Die Schwindelbeschwerden seien weiterhin im Zusammenhang mit einer Migräne mit vestibulärer Komponente und visueller Aura zu sehen. Aus ORL-Sicht zeige sich ein unauffälliger Status und ein normales Gehör beidseits. Es sei keine weitere Kontrolle vorgesehen (S. 8). 3.6

Dr. med. F. , Fachärztin FMH für Neurologie, stellte gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchung vom 17. Dezember 2012 in ihrem gleichentags verfassten Bericht folgende Diagnosen (Urk. 6/80 S. 5): - Schmerzen - Mehrheitlich vom Spannungstyp, im Rahmen

eines zervikozephalen Schmerzsyndroms und bei Schmerzmittelüberkonsum - Zusätzlich Migräne allenfalls auch vestibulärer Art möglich, kein Hinweis für symptomatische Kopfschmerzform - Generalisiertes Schmerzsyndrom mit invalidisierenden lumbovertebragen Schmerzen und Schmerzen in diversen Gelenken am ganzen Körper - Menstruationsunregelmässigkeiten

Die Beschwerdeführerin sei darüber informiert worden, dass keine schwere Erkrankung vorliege und primär eine drastische Reduktion der Schmerzmittel indiziert sei mit aktiven physikalischen Massnahmen im Sinne eines Aufbau trainings und wohl auch psychologischer Beratung. 3.

E. 6

/30). Die von der Versicherten am 31. August 2010 hiegegen im Prozess Nr. IV.2010.00773 erhobene Beschwerde (Urk. 6/33 S. 3-10) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 17. November 2010 (Urk. 6/39 /1-2) in dem Sinne gut, dass es die fragliche Verfügung aufhob und die Sache - entsprechend dem übereinstimmenden (Eventual-) Antrag der Parteien (Urk. 6/33 / 4, Urk. 6/36) – an die IV-Stelle zu rückwies, damit diese geeignete berufliche Massnahmen prüfe und hernach über einen allfälligen Rentenanspruch erneut entscheide.

E. 6.11

x 40 x 46). Zwar hat die Beschwerdeführerin im Jahr 2008 – anders als in der Zeit zuvor, als sie teilweise gar nicht beziehungsweise höchstens im Pensum von 100

% erwerbstätig war (vgl. Urk. 6/11, Urk. 6/22 S. 8 f.,

Urk. 6/117 S. 35) – während sieben Monaten noch zu 30 % im Nebenerwerb als Reinigungskraft gearbeitet. Das dabei erzielte Salär ist indes – sofern man überhaupt von einem grundsätzlichen Versicherungsschutz auch für 100 % übersteigende Arbeitspensen ausgeht (zur [uneinheitlichen] Rechtsprechung hiezu vgl. Meyer/ Reichmuth , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3 . Aufl., Zürich 2014, Art. 28a Rz . 69) – vorliegend bei der Beurteilung des Rentenanspruchs nicht zu berücksichtigen, da nicht als überwiegend wahr scheinlich erscheint, dass die Nebenerwerbstätigkeit im Gesundheitsfall weiter geführt worden wäre . Die – mit ihrem vollzeitlich erwerbstätigen Gatten zusammenlebende (Urk. 6/22 S. 10, Urk. 6/117 S. 35) – Beschwerdeführerin, die Mutter zweier im Jahr 2009 elf- beziehungsweise dreizehnjähriger Söhne ist, von denen einer wegen Zöliakie nicht zum Kinderhort zugelassen wurde (Urk. 6/13 S. 8, Urk. 6/117 S. 35) , war mit den Tätigkeiten im Haupt- und Nebenerwerb sowie im Haushalt und in der Kinderbetreuung nämlich aktenkundig überfordert (Urk. 6/13 S. 3-5 und S. 7 f., Urk. 6/22 S. 23); die Kündigung der Stelle als Reinigungskraft per Ende Juli 2008 erfolgte denn auch durch sie und – entgegen ihren verschiedentlich gemachten entsprechenden Angaben (vgl. etwa Urk. 6/117 S. 24) – nicht etwa durch ihre Arbeitgeberin (Urk. 6/15 S. 2 , Urk. 6/21 S. 3). Das Valideneinkommen beträgt demnach Fr. 48'042. -- . 5.2

Angeichts des Umstandes , dass das Belastungsprofil der angestammten Tätigkeit als K.____ bei der L.____ nicht klar ist und die Beschwerdeführerin, der lediglich noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar sind, die fragliche Arbeit verschiedentlich als schwer bezeichnete (vgl. etwa Urk. 6/ 21 S. 3 , Urk. 6/31 S. 2) , ist bei der Berechnung des Invalidenlohns auf die lohnstatistischen Durchschnittswerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik (BFS) abzustellen. Da die Beschwerdeführerin über

keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt (vgl. Urk. 6/51 S. 2), ist gestützt auf die LSE 20

E. 7

Gestützt auf die Ergebnisse ihrer ambulanten Untersuchung vom 14. Juni 2012 stellten die Ärzte des Universitätsspitals E.____, Klinik für Neurologie, am 3. Januar 2013 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/73 S. 5): - Vestibuläre Migräne mit visueller Aura (ICHD-II 1.2), seit mehreren Jahren - unter Flunarizin starke Gewichtszunahme - unter Topiramamat Kribbeln in den Händen und Füßen, Schmerzen am Körper, komisches Gefühl - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom

Möglicherweise schränkten die Kopf- und Rückenschmerzen die Arbeitsfähigkeit ein (S. 7). 3.8

Die Ärzte des Stadtsitals D.____, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, bei welchen die Beschwerdeführerin vom 8. November 2011 bis 30. Januar 2012 in ambulanter Behandlung gestanden hatte, stellten in ihrem Bericht vom 17. Januar 2013 folgende, sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnosen (Urk. 6/75 S. 5): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts - leichte degenerative Bandscheibenveränderungen L3/L4 (MRI vom 7. November 2008) - Polymyalgien und Polyarthralgien unklarer Genese - anamnestisch Status nach Daktylitis Dig. II rechts 2010 - Rheumaserologie negativ - Migräne

Die Beschwerdeführerin klagt über therapieresistente Glutealschmerzen und Migräne. Aufgrund des erhobenen Befunds sei eine entzündlich-rheumatische Erkrankung auszuschliessen. Die Behandlung sei abgeschlossen worden; eine Arbeitsunfähigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht attestiert worden. 3.9

Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, bei dem die Beschwerdeführerin seit Ende August 2011 in hausärztlicher Behandlung steht, stellte in seinem am 27. Februar 2013 bei der IV-Stelle eingegangenen (undatierten) Bericht folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/80 S. 1) : - Multiple Schmerzen des Bewegungsapparates, bestehend seit 2001 - Generalisierte Angststörung, bestehend seit 2009 - Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung, Beginn unklar

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten nachstehende Diagnosen: - Müdigkeit, seit Jahren bestehend - Tinnitus, Beginn unklar - Vestibuläre Migräne, bestehend seit 2011

In der angestammten Tätigkeit habe – schmerzbedingt – vom 15. bis 24. Mai 2012 und vom 11. bis 12. Februar 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ob und gegebenenfalls in welchem zeitlichen Rahmen die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin noch zumutbar sei, müsse – wie auch die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit – getestet werden (S. 2 ff). 3.10

Nachdem sich die Beschwerdeführerin vom 8. bis 27. März 2013 stationär im Universitätsspital E.____, Rheumaklinik, hatte behandeln lassen, stellten die Ärzte in ihrem Bericht vom 12. März (richtig wohl: April) 2013 folgende Diagnosen (Urk. 6/87 S. 1 f.): - Chronisches lumbovertebrales bis – spondylogenes Schmerzsyndrom beidseits, rechtsbetont - Differentialdiagnose: intermittierendes lumboradikuläres Reizsyndrom L5/S1 beidseits mit sensiblem Ausfallsyndrom - Verdacht auf Myositis Musculus

gluteus

medius rechts - Differentialdiagnose: iatrogen/nach intramuskulärer Injektion zirka zwei Wochen vor Spitaleintritt; Differentialdiagnose: viral; Differentialdiagnose: idiopathisch inflammatorische

Myopathie - Bilateral beginnende Coxarthrose - Angst und Depression gemischt, ICD-10 F41.2, gemäss psychiatrischer Beurteilung vom März 2013 - akutenanamnestisch generalisierte Angststörung - wegen Angstsymptomen wiederholt Aufenthalte auf Notfallstation - bei chronischen Beschwerden - psychosoziale Belastungssituation (Sohn mit Zöliakie) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41 - schmerzdistanzierende und schlaffördernde Medikation mit Surmontil seit 15. März 2013 - Vestibuläre Migräne mit visueller Aura (ICHD-II 1.2) - Tinnitus

Die Hospitalisation sei – auf notfallmässige Zuweisung durch den Hausarzt – wegen einer akuten Exazerbation der seit Jahren bekannten lumbalen Schmerzen erfolgt (S. 2).

Zusammenfassend seien die geklagten lumbalen Beschwerden nur teilweise strukturell erklärbar. Aus physiotherapeutischer Sicht stellten die globalen starken Schmerzen und die funktionelle lumbale Instabilität limitierende Faktoren dar. Zusätzlich schränkten die Angst vor Bewegungen und das allgemein tiefe Aktivitätsniveau das Leistungsvermögen ein. Die Therapie sei zudem aufgrund einer generellen Hyperalgesie erschwert gewesen, weshalb eine manualtherapeutische

Detonisation als nicht Erfolg

versprechend eingestuft worden sei. Die Schmerzaufklärung sowohl von ergo- als auch von physiotherapeutischer Seite sei wegen mangelnder Aufnahmefähigkeit und mässiger Compliance nur sehr eingeschränkt gelungen. Die Beschwerdeführerin habe bis anhin keine Strategie gefunden, ihre Beschwerden selbstwirksam und dauerhaft positiv zu beeinflussen. Nebst der lumbalen Symptomatik leide die Beschwerdeführerin an – belastungsabhängigen – multilokulären Gelenkschmerzen und Polymyalgien. Betreffend die Gelenksymptomatik hätten aktuell belastungsabhängige Schmerzen in beiden Knien und bezüglich der Myalgien Schmerzen glutea I und am lateralen Oberschenkel rechts im Vordergrund gestanden. Die radiologische Untersuchung beider Kniegelenke und der Hände habe keine Hinweise für degenerative oder entzündliche Veränderungen gegeben (S. 3). In therapeutischer Hinsicht seien die Fortführung der Physiotherapie (allgemeine Aktivierungsübungen mit – nach neun Einzeltherapien – Übergang in eine angepasste medizinische Trainingstherapie [MTT] zur Steigerung der allgemeinen Belastbarkeit und im Hinblick auf ein Stabilitätstraining für die untere LWS) sowie eine ambulante Psychotherapie indiziert (S. 4). Was die Arbeitsfähigkeit anbelange, seien wechselbelastende Tätigkeiten ideal. Sofern der Arbeitseinstieg bis zur Nachkontrolle nicht gelinge, sei die Anmeldung zum Arbeitsassessment

angezeigt. Auch eine Teilnahme an der Gruppe „gemeinsam aktiv gegen Schmerzen“ für fremdsprachige Frauen falle in Betracht. Vom 28. März bis 10. April 2013 sei die Beschwerdeführerin noch – bezogen auf das bisherige Pensum – zu 50 % arbeitsunfähig, danach werde eine zügige Steigerung des Arbeitspensums empfohlen (S. 5). 3.11

Am 30. Mai 2013 berichteten die Ärzte des Universitätsspitals E.____, Rheumaklinik, die Beschwerdeführerin habe sich schon kurz nach Austritt aus der Klinik am 27. März 2013 (vgl. Urk. 6/87) – wegen anhaltender Rückenschmerzen lumbal mit Ausstrahlung in den rechten Ober- und Unterschenkel lateral – wieder notfallmässig in der Poliklinik v

orgestellt. Zudem habe sie Schmerzen im rechten Ellenbogen mit Ausstrahlung in die rechte Schulter an gegeben . Die geklagten Beschwerden seien weiterhin im Rahmen eines zerviko - und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms zu interpret ieren. Aufgrund der seit längerem bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit solle die Arbeitsauf nahme idealerweise schrittweise erfolgen. Der Beschwerdeführerin sei bis zur nächsten Kontrolle eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden; danach sei die Wiederaufnahme einer leichten, angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % anzustreben (Urk. 6/98 S. 36). 3.12

Die Ärzte des Universitätsspitals E.____ , Interdisziplinäre Sprechstunde, stellten gestützt auf die Ergebnisse ihrer Untersuchung vom 1. Oktober 2013 im glei chentags verfassten Bericht folgende Diagnosen (Urk. 6/98 S. 16): - Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychi schen Faktoren - Chronic

daily

headache - Migräne ohne Aura (ICHD-III beta 1.1) - Verdacht auf chronische Migräne (ICHD-III beta 1.3) - Verdacht auf Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (ICHD-II 8.2) - Chronisches lumbovertebrales bis – spondylogenes Schmerzsyndrom beid seits, rechtsbetont - Differentialdiagnose: intermittierendes lumboradikuläres Reiz- und sen sibles Ausfall-Syndrom L5/S1 beidseits - degenerative Veränderungen im Sinne leicht aktivierter erosiver

Osteo chondrose Höhe LWK3/4, S pondylodese von LWK3 rechts, mög liche diskogen bedingte Tangierung der L5-Wurzel rezessal beidseits, rechtsbetont (MRI der LWS vom März 2013) - Haltunginsuffizienz, allgemeine Dekonditionierung , funktionelle Insta bilität sowie myofasziale Beschwerden unter e LWS/Sakralbereich beidseits - Status nach intramuskulärer Injektion E nde Februar 2013 mit passage rer ödematöser Signalalteration m it Enhancement im Muscu lus

glut eus

medius rechts im März 2013 - Verdacht auf Panikstörung; Differentialdiagnose: im Rahmen einer genera lisierten Angststörung - Bilateral beginnende Coxarthrose (Röntgenuntersuchung vom März 2013)

Als Nebendiagnosen bestünden zudem eine vestibuläre Migräne mit visueller Aura sowie ein Tinnitus. In diagnostischer Hinsicht sei angesichts der Panikat tacken von schmerzinterventionellen Massnahmen dringend abzuraten . Betref fend die weitere Behandlung sei in Anbetracht der im Vorderg r und stehenden ausgeprägten histrionisch -ängstlichen Symptomatik (insbesondere Krankheits ängste) eine psychiatrische/psychotherapeutische weitere Behandlung bei einem albanisch sprechenden Psychiater mit Anpassung der psychopharmakologischen Medikation angezeigt (S. 16 f.). Die Beschwerdeführerin stehe einer psychischen Mitbeteiligung der Beschwerden allerdings eher skeptisch gegenüber. Sodann seien die Weiterführung der medikamentösen Kopfschmerz-Therapie sowie der MTT indiziert. Aufgrund einer Panikattacke anlässlich der aktuellen Konsulta tion (Angst vor einer Krebs-Diagnose) hätten die genannten Therapieempfeh lungen nicht vollumfänglich mit der Beschwerdeführerin besprochen werden können (S. 17). 3.13

Vom 25. Mai bis 21. Juni 2014 liess sich die Beschwerdeführerin im Hinblick auf eine psychosomatische Rehabilitation stationär von den Ärzten der Höhenklinik H.____ ,

Rehabilitationszentrum, behandeln. Im B ericht vom 25. Juli 2014 stellten diese folgende Diagnosen (Urk. 6/ 114 S. 1): - C hronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Chronic

daily

headache - Migräne ohne Aura (ICHD-III beta 1.1) - Verdacht auf chronische Migräne (ICHD-III beta 1.3) - Verdacht auf Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (ICHD-II 8.2) - Chronisches lumbovertebrales bis – spondylogenes Schmerzsyndrom beid seits, rechtsbetont - Differentialdiagnose: intermittierendes lumboradikuläres Reiz- und sen sibles Ausfall-Syndrom L5/S1 beidseits - degenerative Veränderungen im Sinne einer leicht aktivierten erosi ven

Osteochondrose in Höhe LWK3/4, Spondylolyse von LWK3 rechts, mögliche diskogen bedingte Tangierung der L5-Wurzel rezes sal beidseits, rechtsbetont (MRI der LWS vom März 2013) - Haltunginsuffizienz, allgemeine Dekonditionierung , funktionelle Insta bilität sowie myofasziale Beschwerden untere LWS/Sakralbereich beidseits - Status nach intramuskulärer Injektion Ende Februar 2013 mit passage rer ödematöser Signalalteration mit Enhancement im Muscu lus

glutaeus

medius rechts im März 2013 - Verdacht auf Panikstörung; Differentialdiagnose: im Rahmen einer genera lisierten Angststörung - Bilateral beginnende Coxarthrose (Röntgenbefund vom März 2013) - Vestibuläre Migräne mit visueller Aura - Tinnitus - Stressinkontinenz

Die Beschwerdeführerin leide an einer chronischen Schmerzstörung mit Migräne und Medikamentenübergebrauchskopfschmerz sowie eine m chronischen lum bovertebralen bis - spondylogenen Schmerz syndrom, wobei die degenerativen Veränderungen sicherlich einen Teil der Beschwerden erklären könnten. Die Kriterien für eine generalisierte Angststörung oder eine Panikstörung seien auf grund der Beobachtungen während des Klinikaufenthalts nicht erfüllt. Die Be schwerdeführerin schein indes bei Schmerzexazerbationen in eine starke Hilflosigkeit zu geraten, die dann mit grossen Ängsten vor den Schmerzen ein hergehe. Dementsprechend sei es der Beschwerdeführerin schwer gefallen, einen Zugang zu Coping-Strategien und aktiven Therapien insbesondere für Stabili sationsübungen zu finden. Unter medikamentöser Behandlung mit Anafranil habe die Intensität der Kopfschmerzen und der Übelkeit etwas reduziert werden können (S. 3). Der Beschwerdeführerin seien bei Austritt eine ambulante MTT sowie Wasser- und Ergotherapie verordnet worden; die vorbestehende Psycho therapie werde sie weiterführen . Es sei eine Wiedereingliederung im Rahmen ei nes geschützten Arbe itsplatzes zu empfehlen Der Beschwerdeführerin sei noch bis 5. Juli 2014 eine 100%ige Arbei tsunfähigkeit attestiert worden. Eine berufli che Reintegration im freien Markt schein aufgrund der Schmerzproblematik mit erheblichen Regressionstendenzen mittelfristig eher unrealistisch. Allenfalls falle eine Reintegration in geschütztem Rahmen mit Hilfe der IV in Betracht (S. 4). 3.14

Nachdem sie die Beschwerdeführerin im Sommer 2014 polydisziplinär unter sucht hatten, stellten die Ärzte der MEDAS A.____ in ihrem Gutachten vom 22. September 2014 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/117 S. 34): - Chronifiziertes

lumbospondylogenes Syndrom, ICD-10 M54.06 , mit/bei - erosiver

Osteochondrose L3/L4 - wahrscheinlicher segmentaler Instabilität - keinen sensomotorischen Ausfällen - Akzentuierung der Persönlichkeit mit histrionischen, passiv-abhängigen und selbstunsicheren Anteilen, ICD-10 Z73.1 - Entwicklung körperlicher Symptome (Schmerzen) aus psychischen Gründen mit rentenneurotischer Färbung, ICD-10 F68.0 - Anhaltende affektive Störung (mit Ängsten), ICD-10 F34.8

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten folgende Diagnosen: - Drei Sorten von chronischen Kopfschmerzen, nämlich - Spannungskopfschmerzen, ICD-10 G44.2 - Migräne mit prolongierten Auren, ICD-10 G43.1 - nicht klassifizierbare Kopfschmerzen bei Menstruation, ICD-10 G44.8 - Fehlende Medikamenten-Compliance - Deutliche Hinweise für Verdeutlichung, Aggravation und möglicherweise sogar Simulation

Unter Berücksichtigung der physischen und psychischen Beschwerden sei die Beschwerdeführerin seit 2009 in der angestammten wie auch einer anderen behinderungsangepassten

Tätigkeit zu 25 % arbeitsunfähig (25%ige Leistungseinbusse im Rahmen eines Vollzeitpensums; S. 42 ff.) . Mittels eines regelmässigen MTT-Programms betreffend den Rücken könne die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht noch deutlich gebessert werden (S. 44). 3.15

Auf entsprechende Nachfrage der IV-Stelle (Urk. 6/118) hielten die Gutachter der MEDAS A.____ am 21. Oktober 2014 fest, die Beschwerdeführerin sei seit 2009 – in seither im Wesentlichen unverändertem Umfang von 25 % (25%ige Leistungseinbusse bei zumutbarem 100%-Pensum) - in ihrer Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit eingeschränkt . Die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei in erster Linie auf das Rückenleiden zurückzuführen; zwar seien psychosoziale Faktoren vorhanden, diese stünden derzeit indes im Hintergrund. Eine somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise eine Störung gemäss ICD-10 F45 lasse sich nicht diagnostizieren, und es bestehe auch keine signifikante Zusatzkrankung . Die Frage nach den Förster'schen Kriterien stelle sich demnach nicht, wo bei die Kriterien ohnehin nicht erfüllt wären. Der Beschwerdeführerin sei die willentliche Schmerzüberwindung somit zumutbar; sie könne wieder in den Arbeitsprozess integriert werden (Urk. 6/119 S. 1). Durch die Installation einer guten analgetischen Therapie und die Durchführung eines passiven und aktiven Physiotherapieprogramms lasse sich die Arbeitsfähigkeit innerhalb sechs bis zwölf Monaten steigern (S. 2) . 3.16

In ihrer – auf entsprechende Bitte der Beschwerdeführerin verfassten – Stellungnahme vom 27. Januar 2015 zum Gutachten der MEDAS A.____ vom 22. September 2014 (Urk. 6/117) und der Ergänzung dazu vom 21. Oktober 2014 (Urk. 6/119) hielten die zuständigen Fachpersonen des B.____ fest, entgegen den genannten Experten und in Übereinstimmung mit der Einschätzung der weiteren Ärzte sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin an psychischen Beschwerden leide, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (Urk. 6/129 S. 1). Hinzuweisen sei etwa darauf, dass das Mini ICF-Rating eine stark eingeschränkte Flexibilität, Umstellungsfähigkeit und Durchhaltefähigkeit ergeben habe, obschon diese von den Experten der MEDAS A.____ lediglich als leicht bis mittelgradig gestört eingestuft worden sei (S. 1 f.). Angesichts des chronifizierten und protrahierten Geschehens bestehe mittel- bis langfristig kaum Aussicht auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands. Auch im 2010 verfassten Gutachten (der Ärzte der Y.____, Urk. 8/22) sei eine Vermittlung der Beschwerdeführerin auf dem freien Arbeitsmarkt für kaum

möglich befunden worden. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nur im betreuten und geschützten Rahmen zu arbeiten in der Lage sei. Die IV-Stelle werde daher im Namen der – langfristig zu 80 % arbeitsunfähigen – Beschwerdeführerin um erneute Prüfung und Beurteilung des Rentenanspruchs beziehungsweise allenfalls um Gewährung von Wiedereingliederungsmassnahmen ersucht (S. 2). 3.17

Die Ärzte des Universitätsspitals E.____, Klinik für Rheumatologie, von welchen sich die Beschwerdeführerin vom 29. Januar bis 17. Februar 2015 stationär behandeln liess (vgl. Austrittsbericht vom 17. Februar 2015, Urk. 6/133 S. 5 ff.), stellten in ihrem Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 16. Februar 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/130 S. 1): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont bei - Hyperlaxizität, Haltungsinsuffizienz, segmentalen Dysfunktionen der BWS/LWS, sekundär myofaszialen Befunden am Beckenkamm, gluteal und Tractus iliotibialis - Mikroinstabilität bei Osteochondrose LWK3/4 - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41 - Angst und Depression gemischt, ICD-10 F41.2 - Vitamin D-Mangel - Intermittierende vestibuläre Migräne mit visueller Aura

Keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere aus dem überdies bestehenden chronischen Tinnitus (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe sich Ende Januar 2015 wegen einer Zunahme der bekannten lumbalen Rückenschmerzen notfallmässig vorgestellt. Unter zweiwöchiger multimodaler rheumatologischer Komplextherapie, wie sie zuvor bereits im März 2013 durchgeführt worden sei, sei es zu einer Besserung der Schmerzen und der Beweglichkeit sowie einer Stärkung der Muskulatur gekommen. Bei Weiterführung der ambulanten Physiotherapie sei mit einer „ordentlichen“ Prognose zu rechnen. Hinsichtlich der weiteren Behandlung seien eine ambulante Physiotherapie zweimal pro Woche, eine MTT sowie psychotherapeutische Massnahmen indiziert (S. 2). Aufgrund wiederholter Schmerzexazerbationen bei der Arbeit als Reinigungsfachfrau sei der Beschwerdeführerin diese Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Bis Ende März 2015 bestehe auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; die Beurteilung der weiteren Arbeitsfähigkeit werde durch den Hausarzt erfolgen. Die Frage nach dem Vorliegen von Gründen, die gegen einen sofortigen Beginn der Wiedereingliederung sprächen, sei – aufgrund der bestehenden Schmerzproblematik – zu bejahen (S. 3). Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin unter intensiver Physiotherapie wieder eine Arbeitsfähigkeit erlangen werde (S. 4).

Im Austrittsbericht vom 17. Februar 2015 hielten die Rheumatologen des Universitätsspitals

E.____ fest, dass die radiologische Untersuchung vom 30. Januar 2015 ein regelrechtes Alignment der LWS und weiterhin eine nur diskrete ventrale Spondylose der LWS ergeben habe. Es bestehe – gegenüber dem im März 2013 erhobenen Befund unverändert – eine leichte erosive

Osteochondrose auf Höhe LWK3/4. Eine signifikante Osteochondrose sei nicht vorhanden (Urk. 6/133 S. 9). 3.18

Der Hausarzt Dr. G.____ stellte in seinem am 4. Mai 2015 bei der IV-Stelle eingegangenen (undatierten) Bericht nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/135 S. 1): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont, rezidi

vierende Exazerbationen - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Angst und Depression

Überdies bestünden folgende, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zeitige Diagnosen: - Episodischer Kopfschmerz - Migräne

Die Frage, ob die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin noch zumutbar sei, liess Dr. G.____

unbeantwortet und merkte lediglich an, dass die Patientin derzeit nicht arbeite. Auch zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit und zu möglichen Eingliederungsmassnahmen äusserte sich der genannte Arzt nicht (S. 3). 4. 4.1

Aus den zitierten medizinischen Berichten geht übereinstimmend hervor, dass die Beschwerdeführerin

an diversen physischen und psychischen Beeinträchtigungen leidet und mittlerweile über – nur zu einem geringen Teil nachweisbaren strukturellen Schäden zuordenbaren – Schmerzen am ganzen Körper klagt (Urk. 6/117 S. 29, S. 39 und S. 57). 4.2 4. 2 .1

Fest steht, dass für die seit Jahren bestehenden Rückenschmerzen zwar – in Form von degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS – ein organisches Korrelat vorhanden ist, die

objektivierbaren Befunde das Ausmass der geklagten Rückenbeschwerden indes nicht zu erklären vermögen (vgl. etwa Urk. 6/13 S. 2, Urk. 6/22 S. 22 ff., Urk. 6/75 S. 5, Urk. 6/87 S. 3, Urk. 6/117 S. 34). Sodann wurden im März 2013 radiologisch diskrete degenerative Veränderungen im Hüftgelenk festgestellt, die als – geringe – bilateral beginnende Coxarthrose interpretiert wurden (Urk. 6/98 S. 18, S. 35 und S. 37) und demnach Hintergrund der von der Beschwerdeführerin angegebenen Hüftbeschwerden sind. Erhebliche anderweitige bildgebend nachweisbare pathologische Befunde als Grundlage der geklagten Beschwerden liessen sich im Rahmen der im Laufe der Zeit erfolgten fundierten entsprechenden Untersuchungen nicht eruieren.

Betreffend die Auswirkungen der – mit den objektivierbaren Befunden in Zusammenhang stehenden – somatischen Beschwerden auf das Leistungsvermögen ist gestützt namentlich auf das Gutachten der Y.____ vom 26. Januar 2010 (Urk. 6/22 S. 23 f.) und die Expertise der MEDAS A.____ vom 22. September 2014 (Urk. 6/117 S. 40) davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Die einzig durch die Dekonditionierung bedingte und gemäss dem begutachtenden Rheumatologen der MEDAS A.____

mittels MTT innert sechs bis maximal neun Monaten behebbare 25%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (Urk. 6/117 S. 40) ist nicht von Anspruchsrelevanz. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass der Verlust der Stelle als K.____ bei der L.____ gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung durch die MEDAS ihren Grund darin hatte, dass sie nicht länger an zwei verschiedenen Arbeitsorten zum Einsatz kommen wollte (Urk. 6/117 S. 24), und nicht – wie zuvor immer wieder geltend gemacht – auf die Unvereinbarkeit der fraglichen Tätigkeit mit dem Rückenleiden zurückzuführen war. 4.2.2

Aktenkundig ist sodann, dass die Beschwerdeführerin seit Frühjahr 2012 an Migräne leidet, wobei sie anlässlich des Gesprächs vom 14. Juni 2012 mit der für die damals laufenden

beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen zu ständigen Mitarbeiterin der IV-Stelle die Ansicht kundtat, dass sie unter Berücksichtigung dieses Leidens nun wirklich genügend Diagnosen aufweise, um endlich an eine Rente zu gelangen (Urk. 6/68 S. 1 f.). Gemäss dem Berater der Z.____

zeigte sie denn fortan auch keine Bestrebungen mehr, eine (geeignete) Stelle zu finden (vgl. Urk. 6/68 S. 2). Der Migräne beziehungsweise den – bei unauffälligem neurologischem Status (Urk. 6/80 S. 5 und S. 10) –

geklagten verschiedenartigen Kopfschmerzen kommt indes gemäss übereinstimmender und ohne Weiteres einleuchtender Einschätzung der Hausärzte Dr. C.____ (Urk. 6/31 S. 1) und Dr. G.____ (Urk. 6/80 S. 1, Urk. 6/135 S. 1), der Ärzte des Stadtspitals D.____ (Urk. 6/75 S. 5) und des Universitätsspitals E.____ (Urk. 6/87 S. 5, Urk. 6/98 S. 36) sowie der Gutachter der MEDAS A.____ (Urk. 6/117 S. 34) keine die Arbeitsfähigkeit mindernde Wirkung zu. Nämliches gilt für den Tinnitus (vgl. insbesondere den am 27. Februar 2013 bei der IV-Stelle eingegangener Bericht des Hausarztes Dr. G.____, Urk. 6/80 S. 1). 4.3 4.3.1

In Bezug auf die psychische Symptomatik ist aufgrund der – auf einer fundierten, (mit Ausnahme der internistischen Exploration) unter Beizug einer Dolmetscherin durchgeführten (Urk. 6/119 S. 2) internistischen (Urk. 6/117 S. 22 ff.), rheumatologischen (Urk. 6/117 S. 32 und S. 48 ff.), neurologischen (Urk. 6/117 S. 33 und S. 69 ff.) und psychiatrischen (Urk. 6/117 S. 32 und S. 54 ff.) Untersuchung beruhenden, die geklagten Beschwerden (Urk. 6/117 S. 39 f.) berücksichtigenden und in Kenntnis der Vorakten ergangenen (Urk. 6/117 S. 3 ff.; zum Beweiswert eines medizinischen Gutachtens vgl. BGE 125 V 351 E.

3a, 122 V 157 E. 1c)

– Beurteilung der Gutachter der MEDAS

A.____

diagnostisch von einer Akzentuierung der Persönlichkeit mit histrionisch, passiv-abhängigen und selbstunsicheren Anteilen, von der Entwicklung körperlicher Symptome (Schmerzen) aus psychischen Gründen mit rentenneurotischer Färbung und von einer anhaltenden affektiven Störung (mit Ängsten) auszugehen

(Urk. 6/117 S. 34). Eine depressive Störung und eine somatoforme Schmerzstörung, wie sie die behandelnden Ärzte verschiedentlich vermuteten respektive diagnostizierten, schlossen die genannten Experten mit einleuchtender Begründung aus (Urk. 6/117

S. 40 f.). 4.3.2

Was die Auswirkung der vorhandenen psychischen Störungen auf das Leistungsvermögen anbelangt, vermag die festgestellte Akzentuierung der Persönlichkeit mit histrionisch, passiv-abhängigen und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 Z73.1)

rechtsprechungsgemäss keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen. Dazu bedürfte es zumindest einer Persönlichkeitsstörung; eine solche wurde indes nicht diagnostiziert (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen).

Aufgrund der konkreten Umstände ist die Entwicklung körperlicher Symptome (Schmerzen) aus psychischen Gründen mit rentenneurotischer Färbung (ICD-10 F68.0)

ebenfalls nicht von Anspruchsrelevanz, ist das Vorliegen einer versicherten Gesundheitsschädigung doch zu verneinen, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich vorliegend namentlich

aus der mangelnden Compliance (vgl. etwa Urk. 6/87 S. 3), aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin über Schmerzen im ganzen Körper klagt (Urk. 6/117 S. 29, S. 57 und S. 70), und aus der erheblichen Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen einerseits und gewissen Untersuchungsbefunden (Urk. 6/117 S. 71) sowie dem gezeigten Verhalten andererseits. So führte die Beschwerdeführerin, die bei der Begutachtung durch die MEDAS A._____

nur unter Beobachtung ein verlangsamtes und unsicheres Gangbild zeigte (Urk. 6/117 S. 31 f.), etwa aus, dass jegliche Aktivitätssteigerung, selbst längeres Gehen, in einer Schmerzexazerbation

resultiere (Urk. 6/31 S. 2), gab indes

– in sich widersprüchlich – auch an, sie gehe zweimal täglich eine Stunde spazieren und freue sich darauf, den ihrer Familie nach längerem Warten zugeteilten Garten bestellen zu können. Die im Vierpersonen-Haushalt anfallenden Tätigkeiten erledigt sie weitestgehend alleine, und sie ist auch ohne Weiteres in der Lage, Termine ausser Haus (die sie dem Alleinsein zu Hause vorzieht) selbständig wahrzunehmen (Urk. 6/117 S. 59 f.). In Anbetracht dieser Gegebenheiten erstaunt denn auch nicht, dass sich im Rahmen ihres rund einmonatigen stationären Aufenthalts in der Höhenklinik H.____, Rehabilitationszentrum, im Frühjahr 2014 deutliche Hinweise für eine „unterstützungsbedürftige Selbstwirksamkeit“ ergaben (Urk. 6/114 S. 3).

Schliesslich kommt auch der anhaltende affektive Störung (mit Ängsten; ICD-10 F34.8) keine invaliden versicherungsrechtlich relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu, lässt doch der

vom psychischen Leiden kaum beeinflusste typische Tagesablauf der Beschwerdeführerin (Urk. 6/22 S. 9, Urk. 6/117 S. 59 f.)

beziehungsweise die sich daraus ergebende höchstens geringfügige Leistungseinbusse im Alltag auf die willentliche Überwindbarkeit der entsprechenden Beeinträchtigungen bei zumutbarer Willensanstrengung schliessen. Daran vermag auch die Einschätzung der behandelnden Fachpersonen der B.____ vom 27. Januar 2015 (Urk. 6/129) nichts zu ändern, legten diese doch weder dar, aufgrund welcher Diagnosen sie von einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ausgingen, noch begründeten sie, infolge welcher funktioneller Defizite

sie die Leistungseinbusse in jeglicher Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt – trotz des im Alltag weitestgehend unbeeinträchtigten Leistungsvermögens – mit 80 % bezifferte n. 4.4

Nach dem Gesagten ist es der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung so wohl der physischen als auch der psychischen Gesundheitsstörungen zumutbar, ohne zeitliche und/oder leistungsmässige Einbusse einer ihrem Rückenleiden angepassten Tätigkeit nachzugehen. 5. 5.1

Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrads ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei Weiterführung ihrer (Nachtschicht-) Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin bei der L.____ im Rahmen der Anstellung bei der I.____ im – vorliegend für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden (vgl. Art. 28 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 29 Abs. 1 IVG) – Jahr 2009 einen Stundenlohn von Fr. 26.11 (einschliesslich Ferien- und Feiertagsentschädigung) erzielt und täglich (höchstens; vgl. Urk. 6/117 S. 24) acht Stunden gearbeitet hätte (vgl. Arbeitgeberfragebogen, Urk. 6/9 S. 3). Unter Berücksichtigung von jährlich vier Wochen Ferien und (durchschnittlich) zehn Feiertagen beziehungsweise 46 Arbeitswochen ergibt sich demnach ein Jahressalär von (maximal) Fr. 48'042.-- (Fr. 2

E. 08

, Tabelle TA1, vom monatlichen Einkommen von Fr. 4'116.-- von Frauen in einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) in sämtlichen Wirtschaftszweigen auszugehen. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden für alle Branchen (Die Volkswirtschaft 3/4 2015, Tabelle B9.2, S. 88), der Nominallohnentwicklung von 1,8 % im Jahr 2008 (Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Entwicklung der Nominallöhne 1976-2015, T 39, Frauen) sowie der 100%igen Restarbeitsfähigkeit resultiert ein hypothetisches Jahreseinkommen von Fr. 52'292.-- (Fr. 4'116.-- : 40 x 41,6 x 12 x 1,01

E. 8

). Angesichts des

Umstandes, dass die Beschwerdeführerin in einer Verweistätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig ist und ihr noch ein weites Spektrum an Tätigkeiten offen steht, besteht – entgegen ihrem entsprechenden Vorbringen (Urk. 1 S. 13) – kein Grund für einen leidensbedingten Abzug. 5.3

Da das Invalideneinkommen von Fr. 52'292.--

das Valideneinkommen von Fr. 48'042.-- übersteigt, resultiert ein Invaliditätsgrad von 0%. Dass das Jahressalär in der früheren Tätigkeit als K.____

niedriger ist als das gestützt auf den Tabellenlohn für Hilfsarbeitertätigkeiten ermittelte, mit dem vorhandenen Gesundheitsschaden hypothetisch noch erzielbare Einkommen, lässt nicht etwa auf unterdurchschnittliche Lohnaussichten in einer Verweistätigkeit schliessen, sondern ist mit dem Umstand zu erklären, dass die Beschwerdeführerin zuletzt

bei der I.____ (Urk. 6/9) und nicht direkt bei der L.____ angestellt war und sich insofern aus freien Stücken mit einem bescheidenerem Einkommen begnügte. Zu einer Parallelisierung der Einkommen (welche im Übrigen auch zu keinem anspruchsbegründendem Invaliditätsgrad führen würde) besteht daher kein Anlass (BGE 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). 5.4

Die Rentenverweigerung erweist sich demnach als rechens.

Anzumerken ist, dass auch der Einbezug des Einkommens aus dem kurzzeitig im Pensum von 30% ausgeübten Nebenerwerb bei der Ermittlung des Valideneinkommens (Urk. 1 S. 12)

nichts an diesem Resultat änderte, wäre doch in diesem Fall

– angesichts der vollzeitlichen Arbeitsfähigkeit bei vollem Leistungsvermögen in einer Verweistätigkeit – auch für die Zeit nach Eintritt des Gesundheitsschadens von der Zumutbarkeit eines Gesamtpensums von 130 % und dementsprechend von einem um 30 % höheren Invalidenlohn auszugehen (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_883/2007 vom 18. Februar 2008 E. 2.3 f.). 6 .

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit . a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 900.-- der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubFischer

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