

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00911 vom 23. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00911

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00911 du 23 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00911 del 23 marzo 2018

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

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

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 IVG sodann Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit (Abs. 1), diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit. d).

Drohende Invalidität liegt gemäss Art. 1 novies der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vor, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit überwiegend

wahrscheinlich ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbs unfähigkeit ist unerheblich. 1. 4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darstellung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Gegen den Entscheid

erhob die Versicherte am 29. August 2016 Beschwerde mit dem Antrag, ihr eine Rente sowie berufliche Massnahmen zuzusprechen. In diesem Zusammenhang beantragte sie, bei der ehemaligen Arbeitgeberin Auskünfte zum Stellenprofil einzuholen (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 4. Oktober 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). In der Replik vom 7. November 2016 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (Urk. 9), die IV-Stelle verzichtete auf eine Duplik (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, gemäss Gutachten sei die Beschwerdeführerin bei Ablauf der sechsmonatigen Karenzfrist nach Eingang der Anmeldung am 20. Juni 2015 in der bisherigen Tätigkeit wie der voll arbeitsfähig gewesen. Die letzte Periode der Arbeitsunfähigkeit habe bis maximal

Ende August 2014 gedauert (Urk. 2).

E. 2.2

Dem entgegnete die Beschwerdeführerin, die Gutachter hätten die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit gar nicht beurteilen können, da in den Akten Auskünfte der ehemaligen Arbeitgeberin zum Anforderungsprofil fehlten (Urk. 1 Ziff. 4). Es sei aufgrund des Austrittsberichts der Rehaklinik A. ___ vom 23. April 2012 erstellt, dass diese ganztags stehend und gehend ausgeübte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei (Urk. 1 Ziff. 5). Zudem werde selbst im Gutachten zumindest aus neurologischer Sicht eine

Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 1 Ziff. 6).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort verwies die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Zumutbarkeit von Tätigkeiten, die mit längerem Gehen und Stehen verbunden sind, auf die orthopädische Beurteilung. Eine darüber

hinausgehende Einschränkung aus neurologischer Sicht sei nicht festgestellt worden (Urk. 5 Ziff. 2). Im Übrigen stehe im neurologischen Teilgutachten ein selbstlimitierendes Verhalten im Vordergrund und es werde über einen erheblichen sekundären Krankheitsgewinn berichtet (Urk. 5 Ziff. 3).

E. 2.4

In der Replik betonte die Beschwerdeführerin, auch die Suva gehe von einer bisher ganztags stehend ausgeübten Tätigkeit in der Wäscherei aus. Eine solche sei gemäss Angaben des begutachtenden Neurologen indes ausgeschlossen. Deswegen Verweis auf die orthopädische Beurteilung sei ohne Bedeutung (Urk. 9). 3. 3.1

3.3.1

In der interdisziplinären Beurteilung des MEDAS-Gutachtens vom 25. Januar 2016 wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Dementsprechend wurde der Beschwerdeführerin sowohl für die bisherige Tätigkeit in der Wäscherei (ausdrücklich auch im ursprünglichen Jobprofil) als auch in einer Verweistätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Ein negatives Zumutbarkeitsprofil wurde ausdrücklich verneint (Urk. 6/43/25 f.) . 3.3.2

Als schwierig eingestuft wurde einzig die retrospektive Beurteilung. Dazu wurde erläutert, bei der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin keine Probleme mehr in der Halswirbelsäule und in der linken Schulter gehabt. Die Lendenwirbelsäule sei während der Untersuchung einmal vollständig normal beweglich (unbeobachtet), dann wieder eingeschränkt gewesen. Die Fussbeschwerden hätten weder klinisch noch radiologisch ein Substrat . In den Akten sei eine Arbeitsunfähigkeit vom 2. Juli [recte: August] 2010 bis 31. Mai 2012 von 100 %, vom 1. bis 5. Juni 2012 von 50 % und danach von 0 % attestiert worden. Dem könne man folgen . Für die Schulterproblematik könne zudem höchstens eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % von Juni bis maximal Ende August 2014 attestiert werden (Urk. 6/43/25). 3.2 3.2.1

Seitens der Beschwerdeführerin unbestritten

sind die gutachtlichen Schlussfolgerungen aus psychiatrischer und internistischer

Sicht . Dabei ergeben sich aus den Akten, wie im Gutachten dargelegt , in der Tat keine Hinweise auf eine relevante internistische Erkrankung (Urk. 6/43/21) . 3.2.2

Der psychiatrische Befund war ebenfalls völlig unauffällig. Insbesondere seien keine schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen bzw. unbewusste emotionale Konflikte mit Projektion und Sprung ins Körperliche feststellbar. Damit könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ausgeschlossen werden. Das Verhalten der Beschwerdeführerin sei gut mit einem Krankenrollenverhalten zu beschreiben, wobei mindestens teilweise bewusste aggravatorische Anteile bestünden, was die geringe

Veränderungsbereitschaft und Therapieresistenz erkläre. Dass die vielfältigen Therapieversuche keine wesentliche Besserung gebracht hätten, sei nicht ungewöhnlich, gründe aber nicht auf einer versicherten psychischen relevanten Diagnose, sondern sei überwiegend geprägt von persönlicher Krankheitsüberzeugung, Lebensentwürfen und Zielsetzungen, die auch durch psychosoziale und soziokulturelle Überlegungen, aber auch hin sichtlich Zukunftsperspektiven im Hinblick auf Alter und Verfügbarkeit

von Arbeitsplätzen, zumindest vorbewusst bis bewusst geprägt werden könnten, mit dem Resultat eines teilweise appellativ vorgebrachten Schon- und Vermeidungsverhaltens

(Urk. 6/43/19 f.) .

Die Behandlungsaktivität sei als durchaus gering zu bezeichnen. Alle angebotenen und durchgeführten Massnahmen hätten keine Besserung, sondern in den meisten Fällen sogar eine Verschlimmerung der Beschwerden gebracht, was auffällig erscheine und doch eher unwahrscheinlich sei. Auch weitere Behandlungen wie Physiotherapie und manuelle Therapie würden nicht mehr in Anspruch genommen. Vor dem Hintergrund der erhobenen Laborparameter (vgl. Urk. 6/43/31) scheine die Einnahme der Schmerzmedikation nicht täglich stattzufinden und es dürfe davon ausgegangen werden, dass die Beschwerden und der damit verbundene Leidensdruck nicht gross seien. Auch habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie habe gerne gearbeitet und würde gerne in den Arbeitsprozess zurückkehren, jedoch sei sie bisher vor dem Hintergrund der längeren Abwesenheit vom Arbeitsleben, ihres Alters und wohl nicht zuletzt der Sprachproblematik abgelehnt worden (Urk. 6/43/20 ; vgl. auch Urk. 6/43/30) 3.2.3

Ergänzend dazu ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen , dass sich aus den Akten keine schwerwiegenden psychiatrischen Diagnosen oder psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit ergeben würden. Im Austrittsbericht der Rehaklinik A.____ vom 23. April 2012 sei eine leichte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion diagnostiziert und festgestellt worden, dass diese keine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründe (vgl. dazu im Detail Urk. 6/10/98 f.) . Indes seien

für diese Diagnose kein auslösendes Moment und keine Belastungsfaktoren explorierbar . Zudem sei aktuell keine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis feststellbar, wobei depressive Störungen auch eine gute Prognose bzw. Behandelbarkeit hätten und eine Anpassungsstörung für gewöhnlich längstens nach sechs Monaten folgenlos ausheile (vgl. dazu auch Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015 , S. 209 f.).

Ferner werde in einem Brief der Klinik für Rheumatologie des Z.____ vom 31. Mai 2011 ausgeführt, die Nozigenese bleibe unklar. Sicher bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren. Bei der dabei erwähnten Anpassungsstörung werde beschrieben, eventuell sei ein sekundärer Krankheitsgewinn anzunehmen (vgl. dazu im Detail Urk. 6/10/190) . Die Situation sei mit der aktuellen vergleichbar, die durchaus auf einen sekundären Krankheitsgewinn hin deute (Urk. 6/49/32 f.) . 3.2.4

Der begutachtende Psychiater hat somit anhand des von ihm erhobenen Befundes und in Übereinstimmung mit den Akten nachvollziehbar ein mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit relevantes psychisches Leiden verneint und auf gewichtige invaliditätsfremde Faktoren hingewiesen. Es fand bisher zudem keine nennenswerte psychiatrische Behandlung statt.

Die im Gutachten attestierte volle Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ist folglich zu Recht unbestritten. 3.3

3.3.1

Zur neurologischen Untersuchung wurde im Gutachten erläutert, anlässlich des aktuell erhobenen klinischen Befundes bestünden keine Reflexdifferenzen oder Paresen. Es werde ein vermindertes Vibrationsempfinden am rechten medialen Malleolus und der rechten Grosszehe auf 6/8 angegeben und es bestehe eine strumpfförmige Hypästhesie des rechten Fusses bis vier Querfinger über dem Malleoli, Hypalgesie bis sieben Querfinger. Bei den Gangproben zeige die Beschwerdeführerin ein Schonhinken rechts, den Fersen- und Zehenspitzen gang rechts habe sie als nicht möglich angegeben. Ebenso wenig möglich seien das Einbeinhüpfen und der Einbeinstand, wobei beim unbeobachteten Anziehen der Hose der Einbeinstand rechts ohne Probleme gelinge.

Die angegebene Sensibilitätsstörung könne keinem Dermatome oder peripheren Nerv sicher zugeordnet werden. Auch die Ausprägung der Gehbehinderung am rechten Fuss lasse sich nur bedingt nachvollziehen, zumal die Beschwerdeführerin beim Erscheinen und Verlassen der Praxis auf der Strasse ein unauffälliges Gangbild gezeigt habe. Es sei doch von gewissen Befundinkonsistenzen und Verdeutlichungsbedürfnissen auszugehen, darüber hinaus bestünden aber keine Verhaltensauffälligkeiten (Waddellzeichen negativ).

Die Beschwerdeführerin gebe an, alle durchgeführten schmerztherapeutischen Behandlungen seien praktisch wirkungslos geblieben, jedoch habe die

Analgetikamedikation mit Ibuprofen und Paracetamol einen schmerzreduzierenden Effekt auf die Stärke 4 bis 5. Bedingt durch das Zusammenleben in der Grossfamilie hätten die Schwiegertöchter die Komplette Versorgung des Haushaltes übernommen, so dass die Beschwerdeführerin sich daraus völlig zurückziehen könne. Die von ihr geschilderten massiven Schweissausbrüche und die Schmerzzunahme, lediglich beim Versuch Staub zu wischen, seien nicht nachvollziehbar. Diesbezüglich sei von einem erheblichen sekundären Krankheitsgewinn auszugehen.

Aus rein neurologischer Sicht bestünden weder im Hinblick auf eine Haushaltstätigkeit noch in Bezug auf berufliche Tätigkeiten, mit Ausnahme durchgängig sehr schwerer körperlicher Arbeit, permanentem Stehen oder Gehen relevante Einschränkungen der körperlichen Funktionen und der Arbeitsfähigkeit. Im Vordergrund stehe ein selbstlimitierendes Verhalten (Urk. 6/43/21 f.). 3.3.2

Im entsprechenden Teilgutachten wurde n

zudem die neurologischen Untersuchungen durch Dr. B.____

im Oktober 2012 und August 2013 diskutiert. Vergleiche man die damals erhobenen mit den aktuellen Befunden, seien diese mit Bezug auf die Sensibilitätsstörung grundsätzlich anders. Die damals beschriebene Hyperpathie bzw. beschriebenen Missempfindungen würden heute nicht mehr angegeben, ebenso wenig der diffuse Druckschmerz.

Übereinstimmung bestehe lediglich im Hinblick auf die Einschränkungen beim Gehen, das verminderte Abrollen des Fusses und den

Fersen- und Zehenspitzen gang. Dies gelte allerdings weniger für unbeobachtete Momente, wobei zu diskutieren sei, ob eventuell ein besseres Gangbild durch die stützende und schützende Funktion des Schuhs zu verzeichnen sei. Die von Dr. B.____ durchgeführten

elektro physiologischen Untersuchungen (motorische und sensible Neurographien) seien im Oktober 2012 und August 2013 normal gewesen, eine Mortonneuralgie habe dieser ausgeschlossen und der von ihm geäußerte Gefahr einer Schmerz exazerbation bei operative m Vorgehen werde beiepflichtet (vgl. dazu im Detail Urk. 6/10/73 f. und 6/10/22 f.) .

Weiter stellte der Gutachter fest, dass alle durchgeführten Therapien, wie sie üblicher weise bei neuropathischem Schmerz - syndrom angeführt würden, wirkungslos geblieben seien . Die schmerz therapeutischen Kollegen hätten bereits im April 2015 darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin von der schmerztherapeutischen Behandlung praktisch nicht habe profitieren können und ihr schmerzedukative Inhalte, auch aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten, kaum zu vermitteln seien. Bereits damals sei kritisch angemerkt worden, dass die vorhandenen guten Familienbeziehungen für die Beschwerdeführerin einerseits eine wichtige Ressource darstellten, sie aber auch an der Entwicklung von Copingstrategien

in Bezug auf den vorhandenen Schmerz hinderten .

Der neuropathische Schmerz habe bei ihr nach den aktuell vorhandenen internationalen Richtlinien nicht beeinflusst werden können, weshalb die Schmerztherapie abgeschlossen worden sei (vgl. dazu im Detail Urk. 6/43/51 f .).

Im Übrigen , so der Gutachter weiter, sei bei den aktuellen Befunden ein neuropathisches Schmerzsyndrom eher auszuschliessen und psychiatrisch eine somatoforme Schmerzstörung zu prüfen (Urk. 6/43/43) . Aus neurologischer Sicht bestünden allenfalls Einschränkungen für Tätigkeiten , die permanent stehend oder gehend ausgeführt werden sollten oder solche in permanenten Zwangshaltungen, insbesondere rumpfvorneigende oder Überkopfarbeiten. Diese würden jedoch nicht über die auf orthopädischem Fachgebiet zu treffenden Einschränkungen hinausgehen (Urk. 6/43/44). 3.3.3

Auch der begutachtende Neurologe hat somit unter Einbezug und in Auseinandersetzung mit den Vorakten schlüssig dargetan, weshalb aus neurologischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht überwiegend wahrscheinlich ist . So sind denn auch die Diagnosen in den Berichten des Neurologen Dr. med. B.____ (unklares persistierende s

[am ehesten neuropathisches]

Schmerzsyndrom) sowie des Schmerzzentrums des Z.____ (chronisches Schmerzsyndrom mit überwiegend neuropathischer Komponente) sehr vage formuliert und stützen sich in erster Linie auf die subjektiven und - wie der Gutachter durch Vergleich der Befunde darlegte – inkonsistenten

Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin . Objektive Anhaltspunkte für ein neurologisches Leiden bestehen demnach nicht.

Im

Bericht des Schmerzzentrums des Z.____ vom 1. Juli 2015 wurde zusammenfassend vermutet , die neuropathische Schmerzproblematik könnte einerseits durch die Mortonneurome und andererseits durch eine Neuropathie eher proximal des Nervus peroneus

superficialis zu erklären sein ; die Einschätzung werde durch den Screening Fragebogen (Pain

Detect) bestätigt. Zwar wurden auch die abweichende , zweifache Beurteilung durch Dr. B. ___

sowie

die absolute Therapieresistenz erwähnt, aber nicht

gewürdigt . Schliesslich wurde der Beschwerdeführerin trotz weiterhin fehlender objektiver Befunde eine Arbeitsfähigkeit von nur drei Stunden täglich in überwiegend sitzender Tätigkeit attestiert , offenbar

– wie bereits die Diagnosestellung – allein gestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin

(Urk. 6/23).

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ergibt sich aus dem neurologischen Teilgutachten sodann keine

im erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesene Einschränkung des Belastungsprofils. Die erwähnte Einschränkung für permanent stehend oder gehend ausgeführte Tätigkeiten oder solche in permanenten Zwangshaltungen, insbesondere rumpfvorneigende oder Überkopfarbeiten, wurde vielmehr unmissverständlich als „allenfalls“ möglich bezeichnet. Damit wies der Gutachter auf eine verbleibende, minimale Unsicherheit hin, was vorderhand für die Zuverlässigkeit seiner Beurteilung spricht . Dies ist

im Kontext mit seiner Feststellung zu sehen, dass ein

neuropathischer Schmerz „eher“, aber (trotz der unauffälligen Testbefunde) eben nicht mit Sicherheit auszuschliessen ist . Das massgebliche Belastungsprofil

ist seines Erachtens letztlich

jedoch vom begutachtenden Orthopäden zu definieren. Im Übrigen ist hervorzuheben, dass sich weder aus dem neurologischen Teilgutachten noch der Beurteilung von Dr. B. ___ s Anhaltspunkte für ein aus neurologischer Sicht nur zeitlich begrenztes Arbeitspensum ergeben. 3.4

3.4.1

Aus orthopädischer Sicht wurde im Gutachten festgehalten, anamnestisch stünden die Beschwerden von Seiten des rechten Fusses im Vordergrund. Das lumbale und zervikale Schmerzsyndrom werde von der Beschwerdeführerin als nicht gravierend geschildert, und sie gebe auch an, dass die Beschwerden im Bereich der linken Schulter ganz gut seien nach der Spritze. Klinisch finde sich ausser den überdeutlich demonstrierten Geh- und Berührungsproblemen orthopädisch nicht viel , wobei während des Ausziehens die Inklination problemlos bis zu einem Finger-Boden-Abstand von 10 cm gelinge, in der Untersuchung dann nur noch auf Kniehöhe. Radiologisch würden sich altersentsprechende Veränderungen im Bereich Hals- und Lendenwirbelsäule und ausser den verschiedenen Ossikeln im Bereich des rechten Fusses keine Auffälligkeiten finden – insbesondere keine Arthrosen im calcaneocuboidalen Gelenk wie immer wieder beschrieben (vgl. dazu Urk.

6/33/24 f. MRI-Befund vom Juni und September 2015: geringfügige Befunde betreffend Arthrose) .

Die Beschwerden könnten somit orthopädisch in keiner Art und Weise nachvollzogen werden. Die klinischen Befunde seien eindeutig demonstriert . Ferner wurde, wie bereits im Zusammenhang mit der psychiatrischen Untersuchung, auf die fehlende Inanspruchnahme von Therapien, die Laborwerte , welche nicht auf eine tägliche Einnahme der Schmerzmedikation schliessen liessen, und auf invaliditätsfremden Faktoren hingewiesen (Urk. 6/43/22 f.) . 3.4.2

Keinen Anlass zur Diskussion gibt die kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit infolge der Schulterbeschwerden, die ohne weiteres mit der subjektiven Beschwerdelage (vgl. auch die Anmeldung, Urk. 6/5/6) und den diesbezüglichen Auskünften der Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Z.____ am 13. März 2015 und 24. Juni 2014 (Urk. 6/12/6 f.) vereinbar ist . Ebenfalls keiner weiteren Ausführungen bedarf der Umstand, dass die Beschwerdeführerin im Anschluss an die OSG-Distorsion ein über mehrere Monate klinisch nachweisbares komplexes regionales Schmerzsyndrom entwickelte, das indes auf die übliche Therapie gut anspricht und damit nur vorübergehend zu einer Arbeitsunfähigkeit führte (ins besondere Urk. 6/10/244 f. und 76/10/241 f.) .

Angesichts der in den gutachtlichen Untersuchungen demonstrierten Inkonsistenzen sowie der zahlreichen zur Verfügung stehenden, auch aktuellsten Bildbefunde, erübrigte sich sodann für den orthopädischen Gutachter offenbar eine ausführliche Diskussion der Vorberichte, so dass er sich mit einer blossen Zusammenfassung derselben begnügte (Urk. 6/43/15). Da angesichts der späten Anmeldung frühestens im Juli 2015 ein Rentenanspruch entstanden sein kann , also kurz vor Durchführung der Begutachtung, und die Vorakten keine ernsthaften Zweifel an der gutachtlichen Einschätzung zu wecken vermögen, lässt sich dies vorliegend rechtfertigen. 3.4.3

Nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin abgeleitet werden kann etwa aus dem Bericht von Dr. med. C.____ , Fachärztin für Physikalische Medizin , vom 13. Februar 2015. Sie attestierte dieser zwar nur eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab einem noch offenen Zeitpunkt in einer sitzenden oder wechselbelastenden Tätigkeit, allerdings ohne nennenswerte Befunde zu erheben, dafür unter Berücksichtigung der gemäss den vorstehenden Erwägungen nicht erhärteten Diagnosen Arthrose des calcaneocuboidalen Gelenks, Mortonneurinom und

chronisches Cervicolumbovertebralsyndrom infolge massiven Schonhinkens (Urk. 6/11).

Trotz Mitberücksichtigung der Arthrosebeschwerden immer noch gut

vereinbar ist die gutachtliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit derjenigen im Bericht der Rehaklinik A.____ vom 19. April 2012. Darin wurde der Beschwerdeführerin ab Mitte Mai 2012 nämlich ebenfalls eine volle Arbeitsfähigkeit zumindest in einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit attestiert und als Einschränkung wegen der arbeitsrelevanten Probleme (belastungsabhängiger Schmerzen im OSG rechts, Gehqualität , leicht eingeschränkte OSG-Beweglichkeit) lediglich angegeben: kein wiederholtes Gehen in unebenem Gelände, keine wiederholte Einnahme von Zwangshaltungen des OSG/Fuss wie Knien, Hocken oder Kauen. Dabei wurde betont , dass man die aktuellen Beschwerden und Funktionseinschränkungen gesamthaft betrachtet aufgrund der Diagnosen bzw. klinischen und radiologischen Befunde nur teilweise

erklären könne. Die mittels SPECT nachgewiesene hochaktive Arthrose könne sicher einen Teil davon erklären, aber nicht das gesamte Ausmass (Urk. 6/10/98 f. ; vgl. auch den provisorischen Kurzbericht Urk. 6/10/115 f.) .

Ebenso wurde im letzten Bericht der Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Z.____ vom 21. August 2015, verfasst von der Oberärztin Dr. med. D.____, hervorgehoben, dass sich MR -tomographisch war zumindest geringgradige degenerative Veränderungen der Peroneus

brevis -Sehne infra malleolär unmittelbar an der Umlenkung nachweisen liessen, die zumindest zu einem Teil der Beschwerden passen würden. Da die Beschwerden aber wirklich multilokulär seien, mit

Druckdolenz sowohl im Bereich des Sinus tarsi als auch weiter distal im Ansatzbereich des Extensor digitorum

brevis, sei es mehr als fraglich, ob dies wirklich die alleinige Beschwerdeursache sei und ein operatives Vorgehen gerechtfertigt wäre. Man sehe nur die Möglichkeit mit einer entsprechenden gezielten Infiltration allenfalls einen Teil der Beschwerden zu nehmen. Mit operativen Massnahmen wäre man bei dem weiterhin nicht adäquat erklärbaren Befund nach der MRI -Untersuchung sehr zurückhaltend (Urk. 6/43/46 f.) .

Es bleibt anzumerken, dass bereits Dr. med. E.____, Leiter der Fusschirurgie im Z.____, im Bericht vom 29. April 2012 darauf hingewiesen hatte, dass sich die Chronizität der Beschwerden letztlich nicht mehr mit der kleinen knöchernen Läsion am calcaneocuboidalen Gelenk erklären lasse. Bei aktuell fehlendem pathoanatomischem Korrelat könne er aus fussorthopädischer Sicht keine weiterführende Behandlung anbieten. Alsdann verzichtete er unter Hinweis auf die von der Suva festgestellte volle Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit auf eine eigene, abweichende

Arbeitsfähigkeitseinschätzung (Urk. 6/10/83 f.; vgl. zur davor attestierten Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 %

unter Vorbehalt des Berichts zur stationären Rehabilitation Urk. 6/10/86). 3.5

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass trotz umfangreichster Abklärungen und intensiver Therapie

die geklagten

somatischen Beschwerden weder einem organischen Korrelat zugeordnet, noch positiv beeinflusst werden konnten. Dafür wurden Inkonsistenzen sowohl im Verhalten als auch in der Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin festgestellt und es ergeben sich Hinweise auf einen massgeblichen sekundären Krankheitsgewinn bei intaktem sozialem Umfeld und geregelter Tagesablauf (vgl. dazu Urk. 6/43/11, 6/43/15 oben, 6/43/2

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG).

Der Beschwerdeführerin steht dabei weiterhin ein breites Spektrum an Hilfstätigkeiten offen, bei welchen sich angesichts des zumutbaren Belastungs profils und Vollzeitpensums nicht mit einer E rwerbseinbusse zu rechnen hat. S pezifische bzw. massgebliche Einschränkungen gesundheitlicher Art , welche eine Berufsberatung, Umschulung oder Arbeitsvermittlung erfordern würden, bestehen nicht. Vielmehr kann die Beschwerdeführerin eine ihrem Belastungs profil entsprechende Vollzeit stelle auf dem massgebenden ausgeglichen en Arbeitsmarkt, der auch sogenannte Nischenplätze umfasst, ohne weiteres fin den. Zu denken ist unter anderem an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kon trollarbeiten, die Bedienung und Überwachung von automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten sowie Sortierarbeiten, die mit keinerlei körperlicher Anstrengung verbunden sind und auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch vorwiegend sitzend angeboten werden. Die Suche nach einer solchen Tätigkeit bedarf keiner besonderen Kenntnisse oder vorgängigen Aneignung neuer Fä higkeiten . Anhaltspunkte für eine drohende, d.h. überwiegend wahrschein liche Invalidität in der Zukunft sind nicht ersichtlich . Nicht berücksichtigt wer den können invaliditätsfremde Probleme bei der Stellensuche wie z.B. Sprach schwierigkeiten (Urteil des Bundesgerichts I 167/2002 v om 1 3. Dezember 2002 E. 3.4.2).

Besteht bereits mangels leistungsspezifischer Invalidität kein Anspruch auf be rufliche Massnahmen, kann die Frage einstweilen offen bleiben , ob die Beschwerdeführerin überhaupt subjektiv eingliederungsfähig ist, d.h. gewillt ist, sich von einem durchschnittlichen Arbeitgeber anstellen zu lassen. 6 .

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin somit zu Recht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 7 .

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200. -- bis Fr. 1'000. -- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind vorliegend auf Fr. 8 00. -- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - 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 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti SP/CYB/JRM versandt

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