

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01116 vom 22. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01116

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01116 du 22 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01116 del 22 maggio 2019

Erwägungen

E. 1

Die 1962 geborene X.____ war seit September 2011 als Reinigungskraft bei der Y.____ GmbH mit einem Pensum von 70 bis 80 % tätig (Urk. 5/22/166, Urk. 5/15 S. 4 Ziff. 5.4). Am 3. Mai 2012 stürzte sie in einem Bus anlässlich einer Notbremsung und verletzte sich dabei am Kopf, am rechten Ellbogen sowie am rechten Knie (Urk. 5/18/1). Am 14. April 2015 wies die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, das von der Versicherten am 3. September 2013 gestellte Rentenbegehren (Urk. 5/15-16) ab (Urk. 5/40). Die dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 5/42 /3-7) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 27. Juni 2016 (Urk. 5/49 , Verfahren IV.2015.00550) in dem Sinne gut , dass es die Sache an die IV-Stelle zurück wies , damit diese nach erfolgter Abklärung über den Rentenanspruch der Versicherten neu verfüge. Die IV-Stelle holte alsdann bei der Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Psychiatrie und Psychotherapie; Expertise vom 12. April 2017 [Urk. 5/63/1-60]) ein. Am 24. Mai 2017 wies die IV-Stelle die Versicherte auf ihre Mitwirkungspflicht betreffend eine fachärztliche Behandlung (Innere Medizin) und eine Gewichtsreduktion von zirka 5-10 kg pro Jahr je nach Ermessen des behandelnden Arztes während mindestens ein bis zwei Jahren hin (Urk. 5/65) . Nach Erlass des Vorbescheides (Urk. 5/66) , zu welchem die Beschwerdeführerin sich nicht vernehmen liess, wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 13. September 2017 (Urk. 2) ab.

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

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflicht gemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 16. Oktober 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 13. September 2017 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese ein Obergutachten inklusive Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) veranlasse und hernach erneut über den Leistungsanspruch entscheide. Eventuell sei ein gerichtliches Obergutachten inklusive EFL zu veranlassen und danach über den Leistungsanspruch zu entscheiden (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 24. November 2017 (Urk. 4) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 28. November 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungsabweisende Verfügung vom 13. September 2017 (Urk. 2) damit, dass in der Invalidenversicherung nur Krankheiten versichert seien, welche eine gewisse Schwere aufwiesen und die Arbeitsfähigkeit langandauernd einschränkten. Gemäss den aktuellen medizinischen Abklärungen leide die Beschwerdeführerin nicht an einer solchen Krankheit und sei in ihrer bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, weshalb kein Leistungsanspruch bestehe (S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin

vertrat demgegenüber den Standpunkt (Urk. 1), das Z.____-Gutachten stelle keine genügende Grundlage für den Entscheid über den Rentenanspruch dar. Insbesondere sei es

hinsichtlich der Schlussfolgerungen betreffend die festgestellten Gesundheitseinschränkungen und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit nicht schlüssig und nachvollziehbar begründet (S. 4 Ziff. 15 und S. 7 Ziff. 27). 3.3.1 In ihrem Gutachten vom 12. April 2017 (Urk. 5/63/1-60) stellten die Z.____-Gutachter Dr. med. A.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. B.____, Neurologie FMH, Dr. med. C.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Prof. Dr. med. E.____, Medizinische Leitung, folgende Diagnosen (S. 55 f.): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - leichtgradiges Carpaltunnelsyndrom (CTS) rechts - Läsion der Rotatorenmanschette der rechten Schulter - morbid Adipositas - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - arterielle Hypertonie - beginnender Diabetes mellitus (HbA1c 6,4 %) - Vitamin-D-Mangel 3.2 Dr. A.____ hielt fest, dass aus internistischer Sicht angesichts des Übergewichts, des Diabetes und der Hypertonie eine erhebliche Gesundheitsgefährdung vorliege. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe aufgrund der ausgeprägten Adipositas aktuell nur für körperliche Tätigkeiten mit hohem Belastungsprofil. Für mittelschwere und leichte körperliche Verrichtungen sei indessen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 30). 3.3 Unter neurologischen Gesichtspunkten führte Dr. B.____

aus, dass sich gestützt auf die Elektroneurographie ein leichtgradiges CTS rechts zeige. Für ein Sulcus

ulnaris-Syndrom, eine Armplexusschädigung oder eine anderweitige postganglionäre Nervenschädigung ergebe sich kein Anhalt. Im neurologischen Befund falle eine wechselnde Willkürtonisierung mit abruptem Nachlassen bei Prüfung der Kraft des rechten Arms auf, wobei nicht reproduzierbare und biologisch nicht plausible (neurologisch-topisch weder einem noch mehreren peripheren Nerven, einem Dermatome oder zentral zuzuordnende) Sensibilitätsstörungen am rechten Arm, am rechten oberen Thorax und rechts cervical angegeben würden. Auffällig seien Hinweise für eine Aggravation respektive demonstrative Darbietung von Beschwerden und Symptomen.

Während der formalen Untersuchung seien bei spielsweise Schmerzen im rechten Schultergelenk, teilweise inkonstant auch im rechten Ellbogengelenk, mit vermeintlicher Bewegungseinschränkung in diesen Gelenken angegeben worden, spontan werde der rechte Arm jedoch beim An- und Auskleiden uneingeschränkt eingesetzt, wobei die Beschwerdeführerin nicht schmerzgequält wirke. In der formalen Prüfung der Fingerfeinmotorik und Diadochokinese

sowie den Zeigerversuchen der rechten Hand seien deutliche Einschränkungen dargeboten worden, während die spontane Beweglichkeit vom rechten Arm und von der rechten Hand ungestört wirke. Auch das Ausmass der anamnestisch geschilderten Schmerzen korreliere nicht mit dem klinischen Eindruck einer nicht namhaft schmerzgeplagt wirkenden Beschwerdeführerin. Bezüglich des von ihr geklagten ungerichteten Schwindelgefühls hielt der neurologische Gutachter fest, dass die Anamnese und der klinische Befund gegen einen zentralen oder (persistierenden) peripher-vestibulären Schwindel sprächen.

Viel mehr falle während der Lagerungsprobe ein ängstlich-agiertes Verhalten der Beschwerdeführerin auf, sodass allenfalls ein psychogener respektive phobischer Schwindel denkbar sei. Ein erneutes MRI der Halswirbelsäule (HWS)

habe keine namhaften, über das normale Altersmass hinausgehenden pathologischen Befund gezeigt und es hätte sich insbesondere keine atlantodentale Arthrose, keine

cervicale Spinalkanalstenose und kein cervicaler Bandscheibenprolaps bestätigt. Die Anamnese sei vereinbar mit einem Reizsyndrom des rechten Nervus medianus, allerdings seien die anamnestischen Angaben nicht in allen Belangen hierfür typisch und es fänden sich keine weiteren klinischen Hinweise für eine namhafte Medianusläsion

(S. 36 f.). Weiter hielt der Experte fest, dass das leichtgradige CTS rechts mit volarer Handgelenksschiene während zehn bis zwölf Wochen respektive operativer Therapie gut behandelbar sei. Das CTS begründe keine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, allerdings hätten Reinigungskräfte (bei berufsbedingt verstärkter Belastung der Handgelenke) ein erhöhtes Risiko für ein CTS. Da die weiteren neurologischen Befunde ohne Hinweis auf eine Störung des zentralen Nervensystems, eine Radikulopathie oder eine anderweitige Störung des peripheren Nervensystems seien, sei auf neurologischem Fachgebiet keine invalidisierende Gesundheitsstörung mit Minderung der Arbeitsfähigkeit attestierbar (S. 38). 3.4 Der orthopädische Gutachter Dr. C. ___ hielt fest, dass der klinische Befund durch eine massive Adipositas und eine Protraktionsfehlhaltung mit Tonuserhöhung im Bereich der Nackenmuskulatur beidseits gekennzeichnet sei. Es liege ferner eine Einschränkung der aktiven Beweglichkeit im Bereich der rechten Schulter in allen Ebenen vor. Für die geklagte generalisierte Hypästhesie im Bereich des rechten Armes gebe es aus orthopädischer Hinsicht keine Erklärung. Auffallend sei die Demonstration einer Kraftminderung aller Muskelgruppen der oberen Extremität rechts, welche aus orthopädischer Sicht die Vermutung auf eine bewusstseinsnahe Beschwerdedemonstration zulasse, da Hinweise für eine Inaktivitätshypotrophie fehlten und sich bei den klinischen Untersuchungstests der Schulter kein eindeutiger positiver Test finde (S. 42). Dr. C. ___ wies ferner darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette der rechten Schulter dauerhaft eingeschränkt sei und nur noch leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten unter Ausschluss häufiger Überkopftätigkeiten zumutbar seien. Hierfür bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Pensum und Rendement 100 %), was mit der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft vereinbar sei (S. 43). 3.5 In psychiatrischer Sicht führte der Gutachter Dr. D. ___

aus, dass weder ein depressives Syndrom, eine Angst- oder Zwangserkrankung, eine Persönlichkeitsstörung, eine Suchterkrankung, eine Traumafolgestörung als Folge des Unfallereignisses noch eine somatoforme Schmerzstörung bestünden. Ein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnestisch nicht herauszuarbeiten, weshalb eine ICD-10-konforme Diagnosestellung nicht möglich sei. Entsprechend

liege eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit vor, weshalb aus psychiatrischer Sicht eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit

gegeben sei. Im Übrigen sei auch aktenkundig über keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

berichtet worden (S. 47 f.). 3.6 Im Rahmen der Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten sowie jeglicher vergleichbaren Tätigkeit oder in einer anderen, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des

allgemeinen Arbeitsmarkts mit 100 % (Pensum und Rendement 100 %) einzuschätzen sei. Aufgrund der morbiden Adipositas, der Hypertonie, des leicht gradigen CTS rechts und des Rotatorenmanschettensyndroms der rechten Schulter bestehe keine Arbeitsfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten. Im Weiteren hielten die Experten fest, dass aktenkundig seit 2010 mehrfach Hinweise auf eine biologisch nicht plausible Präsentation von Beschwerden dokumentiert worden seien und sich auch bei der aktuellen Begutachtung entsprechende Diskrepanzen zwischen der reklamierten Schmerzintensität und dem objektiven klinischen Eindruck sowie zwischen der dargebotenen Bewegungseinschränkung/Kraftminderung des rechten Arms und dem objektiven Befund einer fehlenden Inaktivitätshypotrophie zeigten (S. 48 f.). 4. 4.1

Das Z.____-Gutachten vom 12. April

2017 (Urk. 5/63/1-60) entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführer in und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Es beruht sodann auf den notwendigen Untersuchungen in internistischer,

neurologischer, orthopädisch-traumatologischer und psychiatrischer Fachrichtung. Die Gutachter berücksichtigten detailliert die geklagten Beschwerden und setzten sich damit auseinander (S. 25 f., S. 30 f., S. 36 ff., S. 42f., S. 47 f.). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, wobei sich die Gutachter zur Krankheitsentwicklung äusserten und Bezug auf die medizinischen Vorakten nahmen (S. 2-25, S. 37,

S. 49 ff.). Schliesslich leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet.

In diesem Sinne stellte der internistische Gutachter nachvollziehbar fest, dass die Beschwerdeführerin an Übergewicht, Diabetes und einer Hypertonie leidet, welche körperliche Tätigkeiten mit hohem Belastungsprofil ausschliessen, für mittel schwere und leichte körperliche Verrichtungen hingegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (Urk. 5/63/1-60 S. 30). Der neurologische Experte beschrieb einleuchtend, dass ein leichtgradiges und gut therapierbares CTS rechts vorliegt, welches keine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit begründet (S. 38).

Dr. C.____ ging in orthopädischer Hinsicht schlüssig von einer Läsion der Rotatorenmanschette der rechten Schulter aus, wobei die Beschwerdeführerin in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten respektive der angestammten Tätigkeit als Reinigungsfachfrau zu 100 % arbeitsfähig ist (S. 43).

Unter psychiatrischen Gesichtspunkten legte Dr. D.____ in nachvollziehbarer Weise dar, dass keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (S. 48). Die Expertise erfüllt demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a, BGE 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist.

4.2

Betreffend den Hinweis der Beschwerdeführerin, wonach die von ihr geklagten Schwindelattacken seitens des neurologischen Gutachters ohne vertiefte Prüfung mit dem Hinweis auf die Anamnese und ein agitiert-ängstliches Verhalten abgetan worden seien (Urk. 1 S. 4 Ziff. 16), ist Folgendes zu bemerken :

Im Rahmen der Begutachtung hat eine einlässliche neurologische Exploration stattgefunden, wobei insbesondere der Kopf, die HWS, die Hirnnerven, die Motorik und Koordination, die Sensibilität, die Muskeldehnungsreflexe, die Pyramidenbahnzeichen, das Vegetativum und die neuropsychologischen Funktionen untersucht worden sind, und zudem eine Elektroneurographie vorgenommen worden ist. Bei

der Prüfung der Hirnnerven wurde n im Zusammenhang mit dem geklagten Schwindel insbesondere Lagerungsproben nach Sémont

durchgeführt (Urk. 5/63/1-60

S. 33-36, S. 37). Inwiefern diese neurologische Exploration – wie in der Beschwerdeschrift geltend gemacht – unvollständig gewesen sein soll respektive welche zusätzlichen neurologischen

Untersuchungen

hätten durchgeführt werden sollen, legte die Beschwerdeführerin nicht dar. Im Übrigen liegt der Entscheid über die vorzunehmenden Untersuchungen im Ermessen des Gutachters, was insbesondere auch für die Durchführung einer EFL gilt.

Ins Leere geht sodann der Einwand, die Schlussfolgerungen des neurologischen Gutachters seien unhaltbar, wonach die Beschwerdeführerin trotz des CTS im rechten Arm in keiner Weise in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 18). Das diagnostizierte CTS ist leichtgradig und zudem mittels einer Handgelenksschiene respektive operativ gut therapierbar (Urk. 5/63/1-60 S. 38). Im Weiteren beschränkt sich die Tätigkeit als Reinigungsfachfrau entgegen den Darstellungen in der Beschwerdeschrift nicht auf das Putzen von Oberflächen in Küche/Bad und Fenstern respektive die Beseitigung hartnäckiger Flecken, sondern umfasst auch weitere Verrichtungen wie beispielsweise das Abstauben oder Staubsaugen, bei welchen der Kraftaufwand des rechten Handgelenks gering ausfällt.

Was das Vorbringen im Zusammenhang mit den vom orthopädischen Gutachter festgestellten Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter betrifft (Urk. 1 S. 5 Ziff. 19-20),

ist Folgendes festzuhalten : Die Werte der passiven Ante-/Retroflexion (120° - 0° - 45°) sowie Ab-/Adduktion (120° - 0° - 45°) lagen deutlich über jenen der aktiven Ante-/Retroflexion (90° - 0° - 30°) und Ab-/Adduktion (80° - 0° - 30°), wobei Dr. C.____ auf eine Demonstration einer Kraftminderung aller Muskelgruppen der oberen Extremität rechts beziehungsweise eine bewusstseinsnahe Beschwerde demonstration hinwies. Im Weiteren ergaben der an der rechten Schulter durchgeführten Supraspinatus-Test nach Jobe, der Impingement-Test nach Hawkins, der Hyperadduktionstest und der Subscapularis-Test nach Gerber keine eindeutig positiven Ergebnisse (Urk. 5/63/1-60 S. 40

f., S. 42).

Vor diesem Hintergrund erweist sich das von Dr. C.____ festgestellte Belastungsprofil von leichten bis mittelschweren Arbeiten unter Ausschluss häufiger Überkopfarbeiten in der angestammten Tätigkeit (S. 43) als nachvollziehbar.

Bezüglich de s

Einwand s

betreffend die im März 2015 diagnostizierte atlanto dentale Arthrose sowie die degenerativen Veränderungen im Bereich der Nackenmuskulatur (Urk. 1 S. 5 Ziff. 21), ist auf den radiologischen Bericht vom 26. Januar 2017 (Urk. 5/63/69) hinzuweisen. Eine

Atlantodentalarthrose wurde in diesem Bericht

verneint und es wurde lediglich auf sehr diskrete Degenerationszeichen an der HWS hingewiesen, welche im Vergleich zum damaligen Alter der Beschwerdeführerin geringer ausfielen als durchschnittlich. Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass der in der Beschwerdeschrift erwähnte MRI-Befund vom 26. März 2015 nicht aktenkundig ist, sondern einzig im Sprechstundenbericht der Universitätsklinik F.____ vom 29. Mai 2015 (Urk. 5/45 /6-7 S. 1) auf den entsprechenden Befund verwiesen wurde.

Nicht überzeugend ist sodann das Vorbringen der Beschwerdeführerin, bei der Reinigungstätigkeit handle es sich um eine schwere Arbeit mit viel Überkopfarbeit, weil teilweise an unzugänglichen Stellen geschrubbt, Wassereimer Treppen hinauf- und hinuntergetragen und hohe Tablare und Fenster geputzt werden müssten (Urk. 1 S. 6 Ziff. 22). Die Beschwerdeführerin war mehrheitlich in Privathaushalten tätig (vgl. Urk. 5/8/15-16, 19-20, 22-25, 27-38), wo die Notwendigkeit des Hinauf- und Hinuntertragens von Wassereimern fraglich ist und bei der Reinigung von hohen Tablaren und Fenstern eine Klapptrittleiter oder ein ähnliches Hilfsmittel benutzt werden kann. Im Übrigen kann von der vom neurologischen Gutachter erwähnten berufsbedingt verstärkten Belastung der Handgelenke bei Reinigungsfachkräften (Urk. 5/62/1-60 S. 38) nicht automatisch auf eine schwere körperliche Arbeit geschlossen werden.

Was schliesslich den Einwand betrifft, die Beschwerdeführerin könne entgegen der gutachterlichen Behauptung im Haushalt nur sehr reduziert tätig sein (Urk. 1 S. 6 Ziff. 26), ist davon auszugehen, dass die auszuführenden Haushaltsarbeiten mit den Verrichtungen einer Reinigungsfachfrau

mehrheitlich korrelieren und im Übrigen keine Einschränkungen psychischer Art bestehen (vgl. E. 3.5 hievore), welche die Beschwerdeführerin bei der Planung, Organisation und Einteilung der Haushaltsverrichtungen beeinträchtigen, und Betreuungspflichten obliegen der Beschwerdeführerin nicht mehr (vgl. Urk. 5/1 Ziff. 3.1). Eine Einschränkung im Haushalt ist damit nicht auszumachen. 4.3

Zusammenfassend steht fest, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungsfachfrau zu 100 % arbeitsfähig ist. In Anbetracht der beweiskräftigen medizinischen Grundlage sind von weiteren Untersuchungen, insbesondere einer EFL, keine anderen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzugehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E).

4b, BGE 122 V 157 E. 1 d, BGE 136 I 229 E. 5.3). Damit hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

%1. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Locher - 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Schleiffer Marais

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