

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01311 vom 13. November 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-11-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.01311

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01311 du 13 novembre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01311 del 13 novembre 2006

Erwägungen

E. 2

/

E. 3

3.1 Mit Verfügung vom 13. Juli 2001 wurde der Beschwerdeführerin basierend auf einem Invaliditätsgrad von 67 % mit Wirkung ab dem 1. April 2000 eine ganze Rente ausgerichtet. Der Invaliditätsgrad wurde damals gestützt auf folgende ärztliche Angaben ermittelt (vgl. Urk. 9/17-19):

Im Rahmen einer kreisärztlichen Untersuchung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vom 12. April 2000 gelangte Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Chirurgie, zum Ergebnis, aufgrund der erhobenen Befunde sei davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand wieder dem Zustand vor dem Treppensturz im Jahr 1998 entspreche. Es habe sich keine Verschlimmerung gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei ab dem 13. April 2000 wieder im Rahmen der ihr zugesprochenen 40%igen Rente arbeitsfähig (Urk. 10/125 S. 6). Damit attestierte Dr. H.____ eine 60%ige Restarbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 9/17).

Dr. med. I.____, Fachärztin FMH für Neurologie, diagnostizierte am 8. Juni 2000 einen Status nach schwerer, offener Knieverletzung rechts mit Weichteil- und Hautdefekt und teilweiser Durchtrennung des Streckapparates, einer Femurschaftfraktur rechts und einer Schädelsbasisfraktur, eine mediale femoropatelläre Gonarthrose und eine mediale Meniskusruptur im rechten Knie bei konsekutivem Knorpelschaden nach einem Treppensturz am 17. April 1998, einen Status nach einer Kniearthroskopie rechts, migräneartige Kopfschmerzen, eine arterielle Hypertonie, eine asthmoide Bronchitis sowie eine ängstlich gefärbte depressive Entwicklung nach langjährigen somatischen Beschwerden. Der Gesundheitszustand habe sich nach dem Sturz am 17. April 1998 verschlechtert. Trotz Physiotherapie, Aufbau- und medikamentöser Behandlung beständen persistierende Ruhe- und Belastungsschmerzen am rechten Knie bei mässigen Arthroseveränderungen retro- und im medialen Kompartiment. Bei geringster Belastung nahmen die Schmerzen zu, die Nachtruhe sei gestört, am Morgen nach dem Aufstehen beständen Anlaufschmerzen sowie ein deutliches Instabilitätsgefühl auf der Treppe und beim Laufen. Zeitweise habe die Beschwerdeführerin diffuse Schmerzen im ganzen rechten Bein sowie im Bereich der rechten Hüfte und der Lende. In der letzten Zeit habe sie auch Angstzustände bei einer traurigen Grundstimmung gehabt und sei verzweifelt. Zusätzlich sei sie durch die langdauernde Krankheit ihres Ehemannes belastet. Mehrere Arbeitsversuche habe sie wegen starker Schmerzen abbrechen müssen, sie sei nicht mehr fähig, ihre bisherige

Tätigkeit auszuüben. Daher sei sie ab dem 1. Juni 1999 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/41 S. 3 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einem weiteren Bericht vom 28. Oktober 2000 ergänzte Dr. I. ___ ihre bisherige Diagnosestellung mit den Diagnosen einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und einer Angststörung (ICD-10: F41.9), besttigte ihre bisherige Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit und erwähnte als einschränkende Faktoren sowohl somatische als auch psychische Beschwerden. Neben den persistierenden Knieschmerzen rechts, welche bei Belastung zunehmen, und den zusätzlichen Schmerzen im ganzen rechten Bein sowie im Bereich der Hüfte und der Lende habe die Beschwerdeführerin auch migräneartige Kopfschmerzen, stehe unter psychischer Belastung und leide unter Angstzuständen, Schlafstörungen und ausgeprägter Müdigkeit (Urk. 9/40 S. 2 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 29. Oktober 2000 diagnostizierte Dr. med. J. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) sowie eine Angststörung (ICD-10: F41.9). Nach einer ausführlichen Anamnese erwähnte Dr. J. ___ unter anderem, die Beschwerdeführerin habe angegeben, die Tatsache, dass ihr Mann krank sei, sei für sie kaum mehr zu ertragen. Im Gespräch habe sie teilweise plötzlich zu weinen begonnen, es bestehe eine deutliche instabile Affektivität. Sie habe verängstigt, klagsam und appellativ gewirkt, habe teilweise plötzlich unvermittelt gelacht. Zudem habe sie zahlreiche hypochondrische Ideen geäußert, sie sei fixiert gewesen auf mögliche Gifte in ihrer Wohnung. Aufgrund zahlreicher lebensgeschichtlicher Belastungen in der Kindheit und Jugend, langjähriger Belastungen in der ehelichen Beziehung sowie wegen der persistierenden Schmerzsymptomatik sei die Beschwerdeführerin in der Bewältigung der gegenwärtig bestehenden psychosozialen Belastungen eingeschränkt. Aus rein psychiatrischer Sicht sei sie zur Zeit im gegenwärtigen Rahmen als Hilfsarbeiterin zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 9/39 Ä Ä S. 3 ff.).

3.2 Ä Ä Ä Ä In Würdigung der oben aufgeführten Arztberichte und hauptsächlich gestützt auf die Berichte von Dr. I. ___ und Dr. J. ___ gelangte der zuständige Arzt der Invalidenversicherung am 11. April 2001 zum Schluss, es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der von Dr. I. ___ erwähnten Beschwerden in somatischer Hinsicht und unter Berücksichtigung der zusätzlichen Einschränkung aus psychiatrischer Sicht gesamthaft mindestens zu 67 % arbeitsunfähig sei (Urk. 9/17). Gestützt auf diese Einschätzung ermittelte die IV-Stelle eine verbleibende Erwerbsfähigkeit von 33 %, was einem Invaliditätsgrad von 67 % entspricht (vgl. Urk. 9/16 S. 2), und sprach der Beschwerdeführerin daher mit Verfügung vom 13. Juli 2001 ab 1. April 2000 eine ganze Rente zu (Urk. 10/1).

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4.1 Ä Ä Ä Ä Im Rahmen des am 17. Dezember 2003 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens (vgl. Urk. 9/67) holte die IV-Stelle bei den behandelnden Ärzten erneut Berichte ein und gab zwei Gutachten in Auftrag.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 7. Januar 2004 führte Dr. I. ___ bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Status nach schwerer, offener Knieverletzung mit nachfolgender medialer und femoropatellärer Gonarthrose, medialer Meniskusruptur und konsekutivem Knorpelschaden nach dem Treppensturz am 17. April 1998 und der

Kniearthroskopie am 19. Juli 1999 auf. Bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie starke Senkfalte beidseits, migräneartige Kopfschmerzen, eine instabile arterielle Hypertonie sowie eine asthmoide Bronchitis. Weiter erwähnte Dr. I. ___ in ihrem Bericht, die Beschwerdeführerin habe persistierende Ruhe- und vor allem belastungsabhängige Schmerzen im rechten Kniegelenk mit Instabilität und Einknicken, welche bis in das ganze rechte Bein ausstrahlten, bereits am Morgen bestehende Anlaufschwierigkeiten, zeitweise auftretende Schmerzen inguinal rechts sowie ein komisches Gefühl an den Zehen 3. und 4. rechts und diffuse Schmerzen an der Fußsohle angegeben. Sodann habe sie über immer wieder auftretende schmerzbedingte Schlafstörungen, Müdigkeit, einen instabilen Affekt, häufige Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit geklagt. Zusätzlich sei sie aufgrund der chronischen Krankheit ihres Ehemannes und der damit zusammenhängenden mehrfachen Operationen, letztmals im August 2003, psychisch belastet. Aufgrund der chronifizierten Schmerzen, der damit zusammenhängenden Einschränkung in der Beweglichkeit sowie wegen der additiv zum Grundmorbus hinzutretenden psychischen Komplikation attestierte Dr. I. ___ der Beschwerdeführerin nach wie vor bei stationärem und teilweise sich verschlechterndem Gesundheitszustand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Raumpflegerin, und beurteilte die Prognose als ungünstig (Urk. 9/37 S. 4 ff.).

Dr. J. ___ hielt in seinem Bericht vom 24. Februar 2004 unter den Diagnosen fest, dass er aktuell aus psychiatrischer Sicht keine invalidisierende psychische Störung mehr feststellen könne. Die häufigste der Beschwerdeführerin seien in letzter Zeit deutlich zurückgegangen, vor allem deshalb, weil es ihrem Ehemann gesundheitlich bedeutend besser gehe. Es hätten keine Anzeichen für eine schwere depressive Störung festgestellt werden können. Auch habe die Beschwerdeführerin über keinerlei psychische Beschwerden geklagt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 9/36).

Im Auftrag der IV-Stelle erstellte Dr. med. D. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie, am 31. März 2004 ein rheumatologisches Gutachten. Nach einer kurz gehaltenen Anamnese erwähnte er bei den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin neben den bekannten Schmerzen im rechten Kniegelenk, welche schon bei geringster Belastung zunehmen würden, dass sie seit Dezember 2003 auch Schmerzen im linken Kniegelenk habe. Dabei handle es sich offenbar um eine Meniskusläsion. Die Beschwerdeführerin habe auch angegeben, ihre Gehstrecke betrage etwa zehn Minuten. Daneben habe sie über lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Oberschenkel geklagt. Zusätzlich habe sie oft zervikale Schmerzen mit Ausstrahlung nach occipital sowie Schmerzen in den Vorfüßen, welche bei Belastung deutlich zunehmen würden. Ferner habe sie häufige migräneartige Kopfschmerzen, psychische Probleme mit depressiver Verstimmung sowie Schlaflosigkeit als Beschwerden angegeben. Als auffallende Befunde erwähnte Dr. D. ___ ein deutliches Hinken vor allem mit dem rechten Kniegelenk, leichte Druckdolenzen über den Dornfortsätzen L4 und L5 sowie leichte Druckdolenzen an beiden Beckenkämmen. Die Seiteneigung der Halswirbelsäule sei beidseits um 1/3 eingeschränkt, und es beständen ebenfalls beidseitige paravertebrale Druckdolenzen bei C3 bis C6. Die Trapeziusmuskulatur sei im Pars descendens gleichfalls druckdolent. Bei den Hüftgelenken sei die Außenrotation beidseits mit Endphasenschmerz leicht eingeschränkt. Bei den Kniegelenken bestehe

rechts ein Flexionsdefizit von etwa 20° sowie ein retropatellares Reiben, links bestehe eine Druckdolenz im medialen Gelenkspalt. Sodann habe die Beschwerdeführerin Spreizfusse und ein etwas deformiertes druckdolentes Grosszehengrundgelenk beidseits. Gestützt auf diese Befunde diagnostizierte Dr. D. ___ eine sekundäre Gonarthrose rechts bei Status nach diversen operativen Eingriffen, zuletzt einer medialen Menishektomie am 19. Juli 1999, Knieschmerzen links bei minimalen degenerativen Veränderungen im MRI vom 2. Februar 2004 mit leichten pathologischen Veränderungen des medialen und lateralen Meniskus, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit Beckenkammtendinosen links, ein chronisches zervikospondylogenes Syndrom, eine Tendenz zu somatoformer Schmerzstörung, eine Angsterkrankung, eine depressive Verstimmung sowie Adipositas. Dabei hielt er fest, er habe die eventuellen degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule nicht verifizieren können, weil er keine Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule und der Halswirbelsäule habe erstellen können; die Beschwerdeführerin habe immer noch den Wunsch, schwanger zu werden. Vor allem aufgrund der Knieprobleme habe sie für sämtliche Tätigkeiten als Reinigungsarbeiterin Probleme und sei deshalb seit 1998 für diese Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Stehende Tätigkeiten sowie solche mit der Notwendigkeit zu gehen kämen für sie nicht in Frage. Für eine rein sitzende Tätigkeit sei die Belastbarkeit aufgrund des lumbospondylogenen und des zervikospondylogenen Syndroms ebenfalls erheblich reduziert. Sodann habe auch die psychische Situation einen wesentlichen Einfluss auf die Belastbarkeit in einer angepassten Tätigkeit. Abschliessend schätzte Dr. D. ___ die Restarbeitsfähigkeit in einer zumutbaren, der Behinderung optimal angepassten Tätigkeit seit 1998 auf 33 1/3 %, wobei er aufgrund des bisherigen Verlaufs kaum Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sah (Urk. 9/35 S. 1 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenfalls im Auftrag der IV-Stelle erstattete die MEDAS E. ___ am 11. Mai 2005 ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 9/34). Im rheumatologischen Fachgutachten vom 17. Januar 2005 diagnostizierte Dr. K. ___ eine posttraumatische Gonarthrose rechts bei/mit Status nach diversen operativen Eingriffen und Femurschaftfraktur sowie Status nach medialer Menishektomie im Juli 1999 und derzeit weitgehend reizlosem Lokalbefund, ein intermittierendes lumbospondylogenes Syndrom mit anamnestisch erwähnten Beckenkammtendinosen links, welches derzeit asymptomatisch sei, einen Verdacht auf Symptomausweitung der beiden obgenannten Diagnosen bei einer anamnestisch erwähnten Angsterkrankung, einem Verdacht auf eine Hyperventilationsproblematik sowie einer psychosozialen Problemkonstellation, sowie eine Adipositas, welche verstärkend auf die Überbelastungssymptome am Bewegungsapparat einwirke. In seiner Beurteilung wies Dr. K. ___ zunächst darauf hin, dass die von der Beschwerdeführerin neben Symptomen des Bewegungsapparates angegebene Vielzahl funktionell wirkender Beschwerden, wie unter anderem die migräneartigen Kopfschmerzen, von der behandelnden Neurologin als nicht die Arbeitsfähigkeit belastend und nicht migränetypisch beschrieben würden. Rein bezogen auf den Bewegungsapparat bestehe die arbeitsmedizinische Problematik derzeit vornehmlich in einer verminderten Belastbarkeit des rechten Kniegelenkes für längeres Gehen und Stehen, insbesondere auf Treppen oder in unebenem Gelände sowie für Tätigkeiten in hockender oder kniender Körperposition. Ausserdem beständen klinisch derzeit keine wesentlichen Anhaltspunkte für eine relevante Wirbelsäulenproblematik, der nicht therapeutisch oder durch die Möglichkeit zu

intermittierenden Positionswechseln begegnet werden können. Aus rein rheumatologischer Sicht hielt Dr. K. ___ abschliessend alle körperlich leicht belastenden Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu regelmässigem Positionswechsel ungefähr in einem 70%-Pensum für zumutbar, wobei der Pausenbedarf bezogen auf ein 100%iges Pensum maximal 30 % betrage (Urk. 9/34 S. 8 f. und S. 14 ff.).

Im psychiatrischen Fachgutachten vom 18. Januar 2005 erwähnte Dr. L. ___ zunächst, dass bei der Beschwerdeführerin seit 1999 psychische Beschwerden mit einer depressiven Symptomatik bestanden, die zu einer kontinuierlichen psychiatrischen Behandlung geführt hätten. Nachdem es nach Besserung der als belastend erlebten gesundheitlichen Situation des Ehemannes zu einer Verringerung der depressiven Symptomatik gekommen sei, sei die psychiatrische Behandlung beendet worden. Seit Dezember 2003 sei es wieder zu einer Verschlechterung der körperlichen Beschwerden sowie nachfolgend auch der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin gekommen, so dass sie sich seit Juli 2004 erneut in psychiatrischer Behandlung befinde. Dr. L. ___ hielt sodann fest, aktuell bestehe eine leichtgradige depressive Episode mit reduzierter Hedonie, vermehrter Affektlabilität, vereinzelt Konzentrationsstörungen, innerer Unruhe mit Ängstlichkeit sowie vereinzelt Panikattacken. Letztere seien von einer Hyperventilation begleitet, die Ausdruck des Asthma bronchiale sei, und würden nicht einer primären Panikstörung nach ICD-10 entsprechen. Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung bestanden nicht, da sich die körperlichen Beschwerden vorwiegend auf Gelenk- und muskuloskeletale Beschwerden vorwiegend im Bereich der durch die Unfälle von 1980 und 1998 geschädigten Lokalisationen beschränken würden. Die darüber hinaus bestehenden Kopf- und Nackenbeschwerden seien eher unspezifisch und könnten insgesamt nicht als Ausdruck einer somatoformen Störung gewertet werden. Sodann sei zu berücksichtigen, dass im Rahmen einer depressiven Störung eine vermehrte ängstliche Selbstbeobachtung des eigenen Körpers sowie verursacht durch einen gewissen sozialen Rückzug eine muskuläre Dekonditionierung möglich seien, welche die im Rahmen der Depression ohnehin erhöhte Schmerzempfindung noch zusätzlich verstärken könnten. Unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu 80 % arbeitsfähig, wobei eine ruhige, konstante Arbeitsatmosphäre unter Vermeidung von starken Aussenreizen sowie mit der Möglichkeit, vermehrt Pausen einzulegen, zu empfehlen sei (Urk. 9/34 S. 9 ff. und S. 19 ff.). Abschliessend wies Dr. L. ___ darauf hin, dass aus psychiatrischer Sicht nicht alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft seien, weshalb bezüglich der genannten Beschwerden nicht von einem Endzustand im Sinne einer Invalidität gesprochen werden könne.

In der abschliessenden Gesamtbeurteilung im Rahmen einer interdisziplinären Konsens-Konferenz am 3. Februar 2005 kamen die verschiedenen Gutachter zum Ergebnis, dass der Beschwerdeführerin im zuletzt ausgeübten Beruf als Raumpflegerin eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % zukomme. Unter Beachtung des Arbeitsprofils gemäss dem rheumatologischen Fachgutachten sei ihr eine Tätigkeit von bis zu 70 % zumutbar (Urk. 9/34 S. 11 ff.).

Mit der Beschwerde vom 23. November 2005 reichte die Beschwerdeführerin zwei weitere Arztberichte zu den Akten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 7. November 2005 diagnostizierte Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, ein lumbovertebrales Syndrom mit Ausstrahlung rechts bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Discopathie L4/L5 und L5/S1, einen Hohlrundrücken sowie eine Haltungsinsuffizienz, einen Status nach diversen operativen Eingriffen (Femurschaftfraktur, mediale Meniskusläsion), eine posttraumatische Gonarthrose rechts, einen Status nach einem Polytrauma mit Femurschaftfraktur und Knie Trauma mit Meniskusläsion, ein cervicocephales Syndrom, eine somatoforme Schmerzstörung mit Symptomausweitung, eine depressive Entwicklung sowie Adipositas. Bei den Befunden erwähnte er unter anderem neuropsychologische Beschwerden, nämlich eine erhöhte Ermüdbarkeit, eine Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, eine erhöhte Reizbarkeit, eine verminderte intellektuelle und körperliche Leistungsfähigkeit sowie eine verminderte Belastbarkeit. In der Beurteilung der erhobenen Befunde hielt er fest, funktionell sei die Beschwerdeführerin aufgrund der Gonarthrose rechts, dem lumbovertebralen Syndrom mit Symptomausweitung sowie der Adipositas und der depressiven Entwicklung eingeschränkt. Vornehmlich beeinträchtigt sei die Belastbarkeit des rechten Kniegelenkes für längeres Gehen und Stehen, insbesondere auf Treppen oder auf unebenem Gelände sowie in hockender und kniender Körperposition. Aufgrund der neuropsychologischen Beschwerden seien Konzentrationsfähigkeit, Belastbarkeit, Anpassungsfähigkeit und Auffassungsvermögen zu mindestens 50 % eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe ebenfalls eine verminderte emotionale Belastbarkeit, eine Konzentrationsstörung und Irritabilität. Aus diesen Gründen erachtete Dr. F. ____, die Beschwerdeführerin im zuletzt ausgeübten Beruf als Raumpflegerin als zu höchstens 30 % arbeitsfähig. In einer leichten, wechselbelastenden Arbeit mit der Möglichkeit, wahlweise zu sitzen oder zu stehen, sei sie zu 50 % arbeitsfähig, sofern sie kurzfristig nicht mehr als 5 kg sowie längerfristig nicht mehr als 2 kg tragen müsse und die Arbeit psychisch nicht allzu belastend sei (Urk. 3/6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher die Beschwerdeführerin seit Juli 2004 betreut, hielt in seinem Bericht vom 18. November 2005 fest, aufgefallen seien eine vermehrte Selbstbeobachtung und eine ängstliche Interpretation der eigenen Körperwahrnehmung, Klagen über diverse Schmerzen, welche die Beschwerdeführerin als "unheilbar" bezeichne, Ermüdbarkeit, ein Unsicherheitsgefühl auf der Strasse sowie multiple Vermeidungsstrategien. Der Affekt sei bedrückt, jammerig und zukunftsängstlich. Dr. G. ____, diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit Angst, Depression, Sorge, Anspannung und Ärger (ICD-10: F43.21-24) sowie multiple Somatisierungsstörungen (ICD-10: F45.4/5). Aus psychiatrischer Sicht schätzte er die Restarbeitsfähigkeit als Spetterin auf 50 %. Als behinderungsangepasste Arbeit schlug er eine Tätigkeit vor, welche ohne Leistungs- und Zeitdruck ausgeführt werden könne, machte aber keine Angaben zur zumutbaren Restarbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit (Urk. 3/7).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stellte die IV-Stelle beim Erlass der Verfügung vom 16. Juni 2005 (Urk. 3/1, vgl. auch Urk. 9/9), welche vom angefochtenen Einspracheentscheid bestätigt wurde (Urk. 2 = Urk. 9/3), auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS E. ____, vom 11. Mai 2005 ab. Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit im

MEDAS-Gutachten werde ihrer langjährigen Leidensgeschichte nicht gerecht, und es sei den Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit in den Berichten von Dr. D.____ vom 31. März 2004, Dr. F.____ vom 7. November 2005 sowie Dr. G.____ vom 18. November 2005 zu folgen. Dr. F.____ habe in seinem Bericht festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht um 50 % herabgesetzt sei. Im MEDAS-Gutachten fehle eine neuropsychologische Beurteilung, es seien lediglich eine rheumatologische und psychiatrische Abklärung vorgenommen worden. Bezüglich der psychischen Beschwerden sei der Beurteilung von Dr. G.____ zu folgen, weil dieser die Beschwerdeführerin seit über einem Jahr betreue und daher die neueren Entwicklungen ihrer psychischen Verfassung am besten beurteilen könne.

E. 5.2

Zunächst ist festzuhalten, dass das Gutachten der MEDAS E.____ vom 11. Mai 2005 den von der höchstrichterlichen Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten zur Beurteilung dessen Beweiswertes vollständig entspricht (vgl. Erw. 1.6 hiervor). So beruhte dieses Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, erging in Kenntnis sämtlicher Vorakten, insbesondere auch des Berichtes von Dr. D.____ vom 31. März 2004, berücksichtigte sämtliche geklagten Beschwerden und setzte sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Auch leuchtet dieses Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein (vgl. Urk. 9/34). Auf erste Sicht sind daher keine Gründe ersichtlich, der polydisziplinären Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit in diesem Gutachten nicht zu folgen.

         In Bezug auf das Gutachten von Dr. D.____ vom 31. März 2004 ist zunächst zu berücksichtigen, dass dieses zeitlich rund ein Jahr vor dem MEDAS-Gutachten erging. Die dortige pessimistischere Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit muss somit nicht unbedingt einen Widerspruch zum MEDAS-Gutachten darstellen. Im MEDAS-Gutachten wird nämlich als Beginn der dortigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit der 17. Januar 2005 angegeben (Urk. 9/34 S. 12). Auch erhielt die Beschwerdeführerin bis zum 1. August 2005 weiterhin eine ganze Rente, bis zu dieser Zeit wurde sie von der Invalidenversicherung somit im Sinne von Dr. D.____ unterstützt (vgl. Urk. 3/1, Urk. 9/35 S. 3). Andererseits ist die Tatsache nicht von der Hand zu weisen, dass das MEDAS-Gutachten insgesamt deutlich ausführlicher als das Gutachten von Dr. D.____ ausgefallen ist, im Gegensatz zu diesem auf einer polydisziplinären Gesamtbeurteilung beruht und die Auswirkung der einzelnen geklagten Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit intensiver und anschaulicher darlegt. Weil das MEDAS-Gutachten in seinen Schlüssen also insgesamt besser nachvollziehbar ist, ist zur Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit im Zweifelsfalle eher auf dieses abzustellen.

         Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, in der MEDAS hätte auch eine neuropsychologische Untersuchung erfolgen sollen beziehungsweise die von Dr. F.____ erwähnte Einschränkung von 50 % aus neuropsychologischer Sicht hätte dort auch noch berücksichtigt werden müssen, kann ihr nicht gefolgt werden. Einerseits muss sie sich nämlich entgegenhalten lassen, dass der von ihr erwähnte Dr. F.____, der in seinem Bericht eine Einschränkung aus neuropsychologischer Sicht von 50 % erwähnt, weder Neuropsychologe ist noch eine fachärztliche Spezialisierung in einem verwandten Fachgebiet aufweist, sondern Facharzt für Chirurgie ist (vgl. Urk. 3/6). Sodann ist aus dem Bericht von Dr. F.____ nicht ersichtlich, auf welche Erhebungen

sich die von ihm erwähnten neuropsychologischen Beschwerden stützen. Eine Einschätzung, inwiefern die geklagten Beschwerden objektivierbar sind, ist somit nicht möglich, weshalb deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auch nicht nachvollzogen werden kann. Schliesslich ist der Beschwerdeführerin entgegenzuhalten, dass die von Dr. F. ___ genannten neuropsychologischen Beschwerden auch im psychiatrischen Fachgutachten der MEDAS vom 18. Januar 2005 berücksichtigt wurden (Urk. 9/34 S. 9 f.). Die diesbezüglichen Einwände der Beschwerdeführerin erweisen sich somit als unbehelflich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ferner sind keine Gründe ersichtlich, der psychiatrischen Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit durch Dr. G. ___ in seinem Bericht vom 18. November 2005 gegenüber der Beurteilung im Fachgutachten der MEDAS vom 18. Januar 2005 den Vorzug zu geben. Die von Dr. G. ___ genannten psychischen Einschränkungen wurden nämlich allesamt auch im MEDAS-Fachgutachten berücksichtigt. Das Fachgutachten der MEDAS ist aber insgesamt ausführlicher und beschäftigt sich eingehender mit den geklagten Beschwerden und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Insbesondere wurde von Dr. L. ___ auch nachvollziehbar begründet, weshalb bei der Beschwerdeführerin - im Gegensatz zur Meinung von Dr. G. ___ - keine somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise Somatisierungsstörung vorliege (vgl. Urk. 3/7 S. 2, Urk. 9/34 S. 10). Es ist also auch hier der Einschätzung des MEDAS-Gutachters zu folgen. Ob gestützt auf den Bericht von Dr. G. ___ eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, welche erst nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides eingetreten ist, dokumentiert werden kann, ist nicht Gegenstand dieses Verfahrens.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich des Berichts von Dr. F. ___ vom 7. November 2005 ergibt sich zunächst, dass seine Angaben zur Einschränkung der Beschwerdeführerin aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht wie bereits gesagt aufgrund der Tatsache, dass er Facharzt für Chirurgie mit den Spezialgebieten Wirbelsäulenleiden sowie orthopädische Traumatologie ist (vgl. Urk. 3/7 S. 1), nur beschränkt beweiskräftig sind. Deshalb ist für diese Bereiche auf das Gutachten der MEDAS abzustellen. Im Bereich der Einschränkungen des Bewegungsapparates deckt sich die Einschätzung von Dr. F. ___ weitgehend mit derjenigen des MEDAS-Fachgutachters. Dabei betont Dr. F. ___, dass die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin hauptsächlich durch ihre Beschwerden im rechten Knie beeinträchtigt sei (Urk. 3/6 S. 2). Diese Beschwerden wurden im MEDAS-Gutachten berücksichtigt (Urk. 9/34 S. 9). Sodann sind seine Wirbelsäulenbefunde weitgehend deckungsgleich mit den vom MEDAS-Fachgutachter erhobenen Befunden (vgl. Urk. 3/6 S. 2, Urk. 9/34 S. 17). Eine Ausnahme bildet die von Dr. F. ___ erwähnte Discopathie L4/L5 sowie L5/S1. Diese wurde von ihm jedoch nicht als zusätzlich neben dem lumbovertebralen Syndrom die Arbeitsfähigkeit einschränkend erwähnt. Ausserdem ist nicht ersichtlich, ob die Discopathie gestützt auf bildgebende Verfahren erhoben wurde und insofern objektivierbar ist (Urk. 3/6). Insgesamt ist deshalb zu vermuten, dass Dr. F. ___ im Bereich der Einschränkung des Bewegungsapparates weitgehend vom gleichen medizinischen Sachverhalt wie die MEDAS-Gutachter ausging, diesen jedoch bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anders beurteilte. Da das MEDAS-Gutachten ausführlicher, detaillierter und insgesamt bezüglich der gezogenen Schlüsse und in der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit besser nachvollziehbar ist, ist auch hier auf dieses abzustellen.

5.3. Der von der IV-Stelle unter Berücksichtigung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von 70 % in behinderungsangepasster Tätigkeit vorgenommene Einkommensvergleich zur Ermittlung des Invaliditätsgrades wird von der Beschwerdeführerin grundsätzlich nicht in Frage gestellt. Sie macht jedoch geltend, der von der IV-Stelle vorgenommene leidensbedingte Abzug vom Invalideneinkommen von 10 % sei angesichts der Tatsache, dass sie nicht nur körperlichen, sondern auch psychischen Einschränkungen unterworfen sei, zu knapp bemessen, und verlangt die Berücksichtigung eines Abzuges von 15 %.

Aus den Akten ergibt sich zunächst kein Grund, an der Korrektheit des von der IV-Stelle vorgenommenen Einkommensvergleichs zu zweifeln, zumal sich oben ergeben hat, dass der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit im Gutachten der MEDAS E. ___ zu folgen ist (vgl. Urk. 3/1 S. 3, Urk. 9/9, Urk. 9/55). Zieht man nun vom Invalideneinkommen für ein 70%iges Arbeitspensum von Fr. 34'225.-- (vgl. Urk. 9/55) den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten leidensbedingten Abzug von 15 % ab, ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 29'091.--, woraus verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 53'187.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 24'096.-- und damit Invaliditätsgrad von 45% resultiert, welcher nicht zum Bezug einer höheren Rente berechtigen würde. Es kann also offen bleiben, ob ein höherer leidensbedingter Abzug hätte vorgenommen werden müssen, da dies am im angefochtenen Einspracheentscheid ermittelten Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Viertelsrente nichts ändert.

E. 5.4

Abschliessend ergibt sich daher, dass der Beurteilung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit im Gutachten der MEDAS E. ___ vom 11. Mai 2005 zu folgen ist. Sodann ist auch der von der IV-Stelle zur Ermittlung des Invaliditätsgrades vorgenommene Einkommensvergleich nicht zu beanstanden, da auch die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Änderung zu keinem höheren Rentenanspruch führen würde. Ausgangsgemäss ist die Beschwerde daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Winterthur-ARAG Rechtsschutzversicherungs-Gesellschaft
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige

Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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