

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00674 vom 1. Februar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-02-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00674](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00674)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00674 du 1 février 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00674 del 1 febbraio 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil sich der massgebende Sachverhalt im Wesentlichen vor Ende 2007 verwirklicht hat, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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 ATSG). Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG 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 ausgeglichener

Arbeitsmarktlage erzielen könnten (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

1.5 In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

1.6 Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366; 99 V 98 S. 102).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 22. Mai 2008 (Urk. 2) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin sowohl in ihrer angestammten Tätigkeit als Stationshilfe wie auch in jeder anderen, behinderungsangepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 1). Aus dem Arztbericht von Dr. B. \_\_\_\_ gehe hervor, dass aus rheumatologischer Sicht eine körperlich leichte Tätigkeit zumutbar sei. Eine psychiatrische Abklärung sei im Rahmen des MEDAS-Gutachtens vom 27. Oktober 2007 (recte: 27. Dezember 2007) erfolgt, wonach aus rheumatologischer und orthopädischer wie auch aus psychiatrischer Sicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden bestehe (S. 2).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, dass sie Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung habe. In der Beschwerdeergänzung vom 9. Juli 2008 (Urk. 7) wurde festgehalten, dass die psychischen Beschwerden im Vordergrund ständen. Da es nicht gelungen sei, einen Albanisch sprechenden Psychiater zu finden, werde sie einen deutschsprachigen Psychiater aufsuchen, wobei sie am folgenden Tag den ersten Termin habe. Des Weiteren wurde das Gutachten des A. \_\_\_\_ kritisiert. Insbesondere sei dieses schnell und einseitig gemacht worden, es seien nicht alle Beschwerden aufgeklärt worden und das Gespräch mit dem Psychiater habe nur etwa eine halbe Stunde lang gedauert. Zudem habe die Beschwerdeführerin, eine Kosovo-Albanerin, die Dolmetscherin, welche aus Mazedonien stamme, kaum verstanden. Schliesslich wurde geltend gemacht, dass von zehn Gutachten des A. \_\_\_\_ - mit Ausnahme



Kopfschmerzen gelitten. Nachdem der Beschwerdeführerin anfangs September 2005 die Kündigung der Arbeitsstelle eröffnet worden sei, sei ihr von ihrem Hausarzt Dr. D. \_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 5 oben).

Zur Frage des Umfangs der Berufsinvalidität hielt Dr. C. \_\_\_ fest, dass eine Invalidität nicht ausgewiesen sei. Bis auf weiteres sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Der Hausarzt werde sie bei der Invalidenversicherung anmelden, mit der Bitte um eine möglichst baldige interdisziplinäre MEDAS-Abklärung (S. 6).

3.3 Im Bericht des Zentrums für Traditionelle Chinesische Medizin an den E. \_\_\_ Kliniken, vom 3. Juli 2006 (Urk. 12/13/6) wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie seit mehr als zwei Jahren an stechenden Nacken- und Schulterschmerzen leide, wobei Wärme zu einer Schmerzreduktion führe. Vom 30. Mai 2006 bis zum 29. Juni 2006 seien zehn Behandlungen mit Kräuterakupunktur, Schröpfen, Tui-Na Massage, Wärmeanwendungen und Kräutermedizin durchgeführt worden. Die Schmerzen hätten sich reduziert. Die Beschwerdeführerin wolle eine Pause machen und werde die Behandlung bei Bedarf im Spätsommer wieder aufnehmen.

3.4 In den Berichten des Zentrums für medizinische Radiologie, Röntgeninstitut F. \_\_\_, vom 25. September 2006 wurde festgehalten, es seien leicht-gradige chondrotische Veränderungen der LWS, aber keine Diskushernie oder Kompression neuraler Strukturen festgestellt worden. Es beständen leicht-gradige, kaudal betonte Spondylarthrosen und Hypertrophien der Ligamenta flava (Urk. 12/13/10). Das MRI des linken Knies wurde als normal beurteilt (Urk. 12/13/11).

3.5 Dr. med. D. \_\_\_, prakt. Arzt, nannte in seinem Bericht vom 21. November 2006 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/13/1-2 = Urk. 12/30 = Urk. 8) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A):

- generalisierte Schmerzproblematik (Allodynie) mit
- Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung
- muskulärer Dysbalance
- diskreten degenerativen Veränderungen der unteren HWS
- depressive Symptomatik

Dr. D. \_\_\_ gab an, dass bei der Beschwerdeführerin für den zuletzt ausgeübten Beruf seit dem 4. September 2005 eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, bezifferte diese jedoch nicht (lit. B). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär bis sich leicht verschlechternd (lit. C.1). Einen psychiatrischen Zugang finde man nicht, da die Beschwerdeführerin ihr Leiden nicht psychogen begreifen könne und die Schmerzen darauf zurückführe, dass sie sich durch ihre Arbeit den Rücken kaputt gemacht habe. Ambulant durchgeführte Physiotherapien sowie der Versuch, mit chinesischer Medizin eine Verbesserung der Situation zu erreichen, seien gescheitert (lit. D.7).

Auf dem Beiblatt zur medizinischen Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit (Urk. 12/13/3-4) gab Dr. D. \_\_\_ zu den physischen Funktionen an, der Beschwerdeführerin sei das Heben und Tragen, auch von leichten Lasten, das

schwere/grobmanuelle Hantieren mit Werkzeugen, Arbeiten über Kopfhöhe, Rotation, vorgeneigtes Sitzen und Stehen, Knien und Kniebeugen nicht zumutbar. Nur selten zumutbar sei längerdauerndes Sitzen und Stehen, Handrotation, mittleres und leichtes/feinmotorisches Hantieren mit Werkzeugen, Gehen von langen Strecken, Gehen auf unebenem Gelände, Treppen steigen und Leitern besteigen. Die aufgeführten psychischen Funktionen (Konzentrationsvermögen, Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit) beurteilte Dr. D. \_\_\_ aufgrund der depressiven Symptomatik als eingeschränkt. Abschliessend hielt er fest, der Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Berufstätigkeit keine Tätigkeit mehr zumutbar.

3.6. Im Bericht der Ärzte der Rheumaklinik des Universitätsspitals H. \_\_\_ vom 1. Februar 2007 (Urk. 12/14) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (lit. A):

- generalisiertes myofasiales Schmerzsyndrom mit/bei:
- Schwerpunkt zervikospondyloiden beidseits, intermittierend lumbovertebrales Syndrom
- Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung
- muskuläre Dysbalance mit Haltungsinsuffizienz
- diskrete degenerative Veränderungen im Sinne von geringgradigen Unkarthrosen der unteren HWS (Röntgen HWS 1/06)
- leichtgradige chondrotische Veränderungen der LWS, leichtgradige kaudal betonte Spondylarthrosen und Hypertrophien der Ligamenta flava, keine Diskushernien, keine Kompression neuraler Strukturen (MRI LWS 9/06)
- Vitamin D-Mangel (ED 1/07)

Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe seit Ende Januar 2006 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte bis maximal mittelschwere Arbeit (S. 1 Mitte). Für den zuletzt ausgeübten Beruf als Schwesternhilfe bestehe anamnestisch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2005. Seitens des Universitätsspitals H. \_\_\_ sei nie eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden (lit. B).

Bisher sei eine kontinuierliche ambulante Physiotherapie mit passiver und aktiver Therapie erfolgt, welche keine anhaltende Linderung der Beschwerden gebracht habe. Grundsätzlich sei die Prognose aus rheumatologischer Sicht günstig, da keine strukturellen Veränderungen zu erkennen seien. Es zeige sich jedoch eine Chronifizierung des Leidens, so dass mittelfristig nicht mit einer Besserung zu rechnen sei. Als neuer Befund zeige sich ein Vitamin D-Mangel. Dieser könne gewisse muskuläre Beschwerden erklären, jedoch kaum das gesamte Beschwerdebild, zumal das 25-Hydroxy-Vitamin D in der ersten Messung vom Januar 2006 in der unteren Norm gelegen habe (lit. D.7).

3.7. Am 27. Dezember 2007 erstatteten die Ärzte des Medizinischen Zentrums A. \_\_\_ (A. \_\_\_) ein Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/22), welches auf den vorhandenen Akten sowie einer internistischen, einer rheumatologischen sowie einer psychiatrischen Begutachtung basierte. Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit konnten sie keine stellen, nannten aber die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4 S. 24):

- generalisiertes Schmerzsyndrom mit Akzentuierung eines zerviko-zephalen und zervikobrachialen Schmerzsyndroms mit/bei:
- ausgeprägter myostatischer Insuffizienz
- Fehllhaltung und Fehlstatik der Wirbelsäule
- altersentsprechenden degenerativen Veränderungen der unteren HWS und LWS
- Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände
- Adipositas Grad I nach WHO

Die internistische Untersuchung sei weitgehend unauffällig gewesen. Ausser einer Adipositas Grad I fanden sich keine pathologischen Befunde und auch keine Stoffwechselstörungen im Sinne eines metabolischen Syndroms. Aus rein internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 27 oben).

Bei der orthopädisch-rheumatologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin ein sehr langsames, übervorsichtiges und teilweise starres Bewegungs- bzw. Haltungsmuster mit ausgeprägter Schmerzmimik, häufigem Seufzen und nahezu ständigen verbalen Schmerzäusserungen demonstriert. Zwar habe sich sowohl im Bereich der HWS als auch von BWS und LWS für alle Funktionsebenen eine zum Teil erhebliche Einschränkung des maximal erreichten Funktionsausmasses gezeigt, ursprünglich dafür seien aber ein aktives Gegeninnervieren der Beschwerdeführerin sowie Ausweich- und Abwehrbewegungen gewesen. Auffällig sei lediglich eine erhebliche sternosymphysale Fehllhaltung mit Betonung der Brustkyphose sowie der Lendenlordose bei ausgeprägter myostatischer Insuffizienz. Die neurologische Untersuchung habe keinerlei Hinweis auf das Vorliegen einer neuroradikulären Symptomatik ergeben. Die aktuell angefertigten konventionellen Röntgendarstellungen von HWS, BWS und LWS hätten abgesehen von der Fehlstatik bzw. Fehllhaltung einen altersentsprechend regelrechten Normalbefund ergeben. Weder die Kniegelenke noch die übrigen Extremitätengelenke hätten irgendwelche Funktionseinschränkungen gezeigt. Auch eine klassische Fibromyalgie liege gemäss den Kriterien des American College of Rheumatology (ACR) nicht vor (S. 27 Mitte und unten). Zusammenfassend fanden sich für die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden, abgesehen von einer myostatischen Insuffizienz mit Fehllhaltung bzw. Fehlstatik, keine nachweisbaren pathologisch-anatomischen Korrelate. Auffallend sei die Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden im Vergleich zu den von der Beschwerdeführerin demonstrierten Beschwerden und Schmerzen. Aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde sowohl in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Stationshilfe als auch in allen leichten bis intermittierend mittelschweren körperlich wechselbelastenden Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig (S. 28 oben).

Bei der psychiatrischen Exploration sei die Beschwerdeführerin mit lauter, fester Stimme und lebhafter Gestik und Mimik äusserst vital erschienen. Mnestiche oder kognitive Defizite seien nicht objektivierbar gewesen. Auch hätten sich keine Hinweise für Halluzinationen, Wahn- oder Ichstörungen ergeben. Ebenso fehlten Ängste, Befürchtungen oder Zwänge. Antrieb und Psychomotorik seien unauffällig, die affektive Schwingungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt und ins Depressive verschoben. Die Beschwerdeführerin wirke in ihrer Beschwerde-schilderung

zwar klagsam und jammerig, ein quälender Charakter sei dabei allerdings nicht spärbar. Dieses obligate Kriterium für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei somit nicht erfüllt. Dasselbe gelte für das weitere Kriterium, wonach der Schmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auftreten müsse, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidender ursächlicher Faktor zu gelten. Das klagsam-jammerige Vortragen der Beschwerden sei im Sinne einer Verdeutlichungstendenz der Beschwerdeführerin zu sehen. Zusätzlich erhalte sie aufgrund ihrer Schmerzen sehr viel Zuwendung von ihrem Ehemann, der mittlerweile sogar seine Arbeitsstelle aufgegeben habe, um sich besser um die Beschwerdeführerin kümmern zu können. Hier liege sicherlich ein deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn vor. Zusammengefasst könne derzeit kein psychiatrisches Leiden mit Krankheitswert diagnostiziert werden. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (S. 28 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde lasse sich aus polydisziplinärer Sicht kein Gesundheitsschaden objektivieren, der versicherungsmedizinisch eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit, bezogen auf die zuletzt ausgeübte wie auch auf eine angepasste Tätigkeit, begründen könnte. Die Beschwerdeführerin sei sowohl in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Stationshilfe als auch in allen leichten bis intermittierend mittel-schweren körperlich wechselbelastenden Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig (S. 28 f.).

3.8 Ä Ä Ä Ä Dr. med. B. \_\_\_\_, FMH Rheumatologie und FMH Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 4. April 2008 (Urk. 12/34) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- Panvertebralsyndrom
- im Vordergrund zervikospondylogenes Syndrom links und belastungsabhängiges Lumbovertebralsyndrom bei
- WS-Fehlhaltung bei muskulärer Haltungsinsuffizienz
- diskreten degenerativen Veränderungen der HWS (Rx 2/08)
- anamnestisch leichten degenerativen Veränderungen der LWS (MRI 9/06 leichtgradige chondrotische Veränderungen der LWS, leichte Spondylarthrosen, keine DH)
- generalisiertes myofasiales Schmerzsyndrom mit Betonung der linken Körperhälfte
- Vitamin D-Mangel (ED 1/07)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit gab Dr. B. \_\_\_\_, an, dass anamnestisch seit anfangs Oktober 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (Ziff. 2). Aufgrund der generalisierten Schmerzproblematik und des bisher unbeeinflussbaren chronischen Verlaufes sei mit keiner wesentlichen Beschwerdelinderung in Zukunft zu rechnen. Aus Sicht der Beschwerdeführerin sei aufgrund ihrer Schmerzsymptomatik auch eine leichte körperliche Arbeit nicht mehr möglich (Ziff. 3.7). Obwohl rein theoretisch aus rheumatologischer Sicht eine leichte körperliche Arbeit denkbar wäre, scheine in Anbetracht der Gesamtsituation eine erneute Arbeitstätigkeit aufgrund des chronifizierten Verlaufes nicht mehr möglich (Ziff. 4).

3.9. Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im Bericht vom 18. Januar 2009 (Urk. 15) aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit Oktober 2008 in einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten schmerzorientierten Psychotherapie. Diagnostisch sei neben somatischen Diagnosen von einer chronischen Schmerzverarbeitungsstörung und hieraus resultierend reaktiv depressiver Thematik auszugehen. Beide psychiatrischen Diagnosen würden zum gegenwärtigen Zeitpunkt den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin beeinträchtigen und hätten Krankheitswertigkeit.

#### E. 4

4.1. In Würdigung der medizinischen Akten ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin ein Schmerzsyndrom im Vordergrund steht.

4.2. Zur Arbeitsfähigkeit liegen zusammengefasst folgende Beurteilungen vor:

Dr. C. \_\_\_\_, führte im Juni 2006 aus, dass die Beschwerdeführerin bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei. Gleichzeitig hielt er fest, dass eine Invalidität nicht ausgewiesen sei. Dr. D. \_\_\_\_, bescheinigte der Beschwerdeführerin im November 2006 eine Arbeitsunfähigkeit, bezifferte diese jedoch nicht. An anderer Stelle gab er an, dass ihr im bisherigen Beruf keine Tätigkeit mehr zumutbar sei. Die Ärzte der Rheumaklinik des Universitätsspitals H. \_\_\_\_, führten im Februar 2007 aus, aus rheumatologischer Sicht bestehe seit Januar 2006 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte bis maximal mittelschwere Arbeit. Für den zuletzt ausgeübten Beruf als Schwesternhilfe bestehe anamnestisch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2005, wobei ihrerseits nie eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden sei. Die Ärzte des A. \_\_\_\_, kamen im Dezember 2007 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Stationshilfe als auch in allen leichten bis intermittierend mittelschweren körperlich wechselbelastenden Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei. Dr. B. \_\_\_\_, gab im April 2008 an, dass rein theoretisch aus rheumatologischer Sicht eine leichte körperliche Arbeit denkbar wäre. In Anbetracht der Gesamtsituation erscheine eine erneute Arbeitstätigkeit jedoch aufgrund des chronifizierten Verlaufes nicht mehr möglich. Dr. G. \_\_\_\_, gab im Januar 2009 an, dass die psychiatrischen Diagnosen den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin beeinträchtigen würden und Krankheitswert hätten.

Die Beurteilung durch Dr. C. \_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig sei, wurde unter dem Titel Berufsinvalidität gemacht, weshalb davon auszugehen ist, dass sie sich auf den bisherigen Beruf als Stationshilfe bezieht. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserte er sich nicht. Dasselbe gilt auch für Dr. D. \_\_\_\_, den Hausarzt der Beschwerdeführerin. Dr. G. \_\_\_\_, machte überhaupt keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit. Sein Bericht - der rund acht Monate nach Erlass der Verfügung erstellt wurde - ist indessen auch nur insoweit massgebend, als sich Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Entscheiderlasses ergeben.

Die Berichte der Rheumaklinik des Universitätsspitals H. \_\_\_\_, sowie des A. \_\_\_\_, stimmen insofern überein, als dass die Beschwerdeführerin in einer leichten bis maximal mittelschweren Arbeit als zu 100 % arbeitsfähig beurteilt wird. Auch in Bezug auf den bisherigen Beruf als Stationshilfe wurde in beiden Berichten keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dr. B. \_\_\_\_, hielt rein theoretisch aus rheumatologischer Sicht

eine leichte körperliche Arbeit für denkbar, zog jedoch keine klare Schlussfolgerung.

4.3.4.4. Im A.\_\_\_\_-Gutachten wurde bei der Würdigung der vorhandenen Arztberichte ausgeführt, bezüglich der Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ fehle es an einer versicherungsmedizinisch fundierten Begründung mit Erarbeitung eines positiven und negativen Arbeitsprofils in Gegenüberstellung mit den körperlichen Restressourcen der Beschwerdeführerin. Gleiches gelte für das ärztliche Attest von Dr. D.\_\_\_\_, dessen Einschätzung sich auf die Diagnose einer generalisierten Schmerzsymptomatik sowie auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und ihres Ehemannes stütze. Weitere wesentliche Diskrepanzen bezüglich der vorliegenden Arztberichte bestanden nicht (Urk. 12/22 S. 30 oben).

4.4.4.4. An der Begutachtung im A.\_\_\_\_ waren ein Facharzt für Innere Medizin, eine Spezialärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beteiligt. Die Expertise der Ärzte des A.\_\_\_\_ setzte sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigte insbesondere auch sämtliche bis dahin angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte. Insgesamt erscheint das Gutachten nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Soweit Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ in ihren Berichten von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit (in der bisherigen Tätigkeit) ausgingen, vermögen diese Einschätzungen die eingehend begründeten spezialärztlichen Untersuchungsergebnisse nicht zu entkräften. Somit kann auf das Gutachten der Ärzte des A.\_\_\_\_ abgestellt werden, welche zum Schluss kamen, dass weder auf somatischem noch auf psychiatrischem Gebiet ein Gesundheitsschaden bestehe, der eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bewirke.

4.5.4.4. In der Beschwerdeergänzung wurde geltend gemacht, die Beschwerdeführerin habe die Übersetzerin kaum verstanden. Im A.\_\_\_\_-Gutachten finden sich keine Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin die Dolmetscherin nicht gut verstanden hätte. Vielmehr sprechen die ausführlichen Angaben der Beschwerdeführerin zu Anamnese und jetzigem Leiden dafür, dass keine massgebenden Verständigungsschwierigkeiten vorlagen. Solche wurden denn auch im Anschluss an die Begutachtung respektive im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nicht erwähnt.

4.6.4.4. Soweit die Beschwerdeführerin kritisierte, dass das Gespräch mit dem Psychiater lediglich eine halbe Stunde gedauert habe, ist darauf hinzuweisen, dass die Dauer der Untersuchung nicht massgebend ist für die Frage, ob auf ein Gutachten abgestellt werden kann oder nicht.

4.7.4.4. Als unbegründet erweist sich schliesslich die beschwerdeweise angebrachten Kritik, wonach alle A.\_\_\_\_-Gutachten mit Ausnahme der Anamnese gleich seien.

4.4.4.4. Zusammenfassend ist somit auf das Ergebnis der Gutachter des A.\_\_\_\_ abzustellen, wonach die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Stationshilfe als auch in allen leichten bis intermittierend mittel-schweren körperlich wechselbelastenden Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig ist.

4.8.4.4. Der medizinische Sachverhalt ist als in diesem Sinne erstellt zu betrachten.

4.5 Nach dem Gesagten fehlt es an einer Arbeitsunfähigkeit und damit auch an einer Invalidität.

Demnach ist der angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Albanikos

- 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).

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