

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00604 vom 14. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00604

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00604 du 14 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00604 del 14 febbraio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend den Rentenanspruch (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG) und die Invaliditätsbemessung (Art. 16 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts; ATSG), sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann verwiesen werden.

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 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer

Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

1.4.4 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 3 ter IVG) in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode. Ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich - auch nach Inkraft-Treten des ATSG (vgl. SVR 2005 IV Nr. 21 S. 83 Erw. 4.2 mit Hinweis [I 249/04]) - aus der Prüfung, was die Person bei im übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestände. Das Kriterium der Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit bezieht sich nicht auf den Gesundheits-, sondern auf den Invaliditätsfall. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis IVV; BGE 131 V 51 Erw. 5.1.2 S. 53 und Erw. 5.2 S. 54; SVR 2006 IV Nr. 42 S. 151, Erw. 5.1.2, I 156/04; vgl. auch BGE 125 V 146 Erw. 5c/bb S. 157). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades. Sie findet auch Anwendung, wenn der versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (BGE 133 V 504 Erw. 3.3 in fine; vgl. auch BGE 133 V 477 Erw. 6.3 S. 486). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 125 V 150 Erw. 2c, 117 V 194 Erw. 3b, je mit Hinweisen, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen K. vom 11. April 2006, I 266/05, Erw. 4.2, vgl. auch BGE 133 V 504 Erw. 3.3).

1.5 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich

tätig, so wird die Invaliditäts für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 ter IVG) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. Erw. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

1.6 Ä Ä Ä 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).

1.7 Ä Ä Ä Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind - analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweis) - verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den ärztlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 Erw. 2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen P. vom 6. April 2004, I 733/03, Erw. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 63 Erw. 6.2 und 128 V 93 f. Erw. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit). Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen G. vom 19. Juni 2006, I 236/06, Erw. 3.2).

Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Grundsätzlich jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (AHI 2004 S. 137 E. 5.3). Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des Bundesgerichts in Sachen P. vom 11. November 2010, 9C_086/2009, Erw. 7.2 und in Sachen G. vom 2. Dezember 2009, 9C_631/2009, Erw. 5.1.2 mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 20. Mai 2009 (Urk. 2) von einem Erwerbspensum im Gesundheitsfall von 53 % und von einem Haushaltspensum von 47 % aus. Ferner sei die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig, so dass für die Teilerwerbstätigkeit eine Einschränkung von 8 % vorliege (S. 2 unten). Im Haushalt sei die Beschwerdeführerin zu 6.5 % eingeschränkt. Gesamthaft resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 7 % (S. 3).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, bei den Angaben im C.___-Gutachten handle es sich um eine Momentaufnahme ihres psychischen Zustandes (S. 4 f.). Das Psychiatricentrum Wetzikon habe mit Schreiben vom 12. März 2009 mitgeteilt, sie sei nicht mehr zu 70 % arbeitsfähig und den Haushalt könne sie nicht mehr selber bewältigen (S. 5 oben). Das C.___-Gutachten berücksichtige nur ihre psychischen, jedoch nicht die körperlichen Beschwerden. Sie leide an einer Schwellung des Nackens und an einem chronischen cervikocephalen und cervikospondylogenen Schmerzsyndrom. Auch die Schwellung des Kniegelenks sei nicht unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (S. 6 Mitte). Ferner wäre sie im Gesundheitsfall zu 75 % erwerbstätig und zu 25 % im Haushalt tätig (S. 7 Mitte).

2.3 Streitig und zu präzisieren ist, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung einer Erwerbstätigkeit nachginge und ob die Voraussetzung für die Ausrichtung einer Invalidenrente erfüllt sind.

3. Die Beschwerdegegnerin

3.1 Im Hinblick auf die Statusfrage gilt zu präzisieren, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall erwerbstätig wäre (vorstehend Erw. 1.4).

3.2 Anlässlich der Haushaltsabklärung vom 21. Januar 2009 führte sie aus, sie habe immer gerne gearbeitet und in verschiedenen Haushalten Reinigungsarbeiten durchgeführt. In den Jahren 2004 und 2005 habe sie in einem Arbeitspensum von 53 % gearbeitet. Aufgrund der zunehmenden Knieprobleme im Jahre 2005 habe sie die

Reinigungsarbeiten in verschiedenen Haushalten aufgeben müssen. Sie habe nicht mehr lange stehen oder gehen können und ebenfalls sei ihr das Knien nicht mehr möglich gewesen. Sie habe erklärt, sie habe mit den verschiedenen Arbeitgebern keinen Arbeitsvertrag gehabt. Zuletzt habe sie bei der B. ___ AG in einem Pensum von 11 Stunden pro Woche gearbeitet. Wegen der längeren Arbeitsunfähigkeit habe ihr der Arbeitgeber gekündigt. Da sie immer gerne gearbeitet habe, würde sie auch heute im Gesundheitsfall wie früher einem Pensum von zirka 50 % nachgehen (Urk. 8/26 Ziff. 2.5). Wegen der Arbeitslosigkeit des Ehemannes würde sie im Gesundheitsfall zu 75 % erwerbstätig sein (Urk. 1 S. 7 Ziff. 3). Ihr Ehemann beziehe seit Oktober 2007 zirka Fr. 3'000.-- Arbeitslosentaggeld.

3.3 Allein die Arbeitslosigkeit des Ehemannes, welcher auf der Suche nach einem neuen Stelle ist, genügt nicht, um eine dauerhafte Pensumserhöhung der Beschwerdeführerin zu begründen. Weiter steuert der jüngste Sohn (Jahrgang: 1989), welcher zu Hause lebt, noch Fr. 500.-- pro Monat zum Lebensunterhalt hinzu (Urk. 8/22 S. 27 oben, Urk. 8/26 Ziff. 2.5).

Auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin, weil die Kinder nicht mehr betreuungsbedürftig seien, würde sie ihr Pensum erhöhen (Urk. 1 S. 7 Ziff. 3), vermag nicht zu überzeugen. Das jüngste Kind (Jahrgang: 1989) war bereits im Jahre 2005 16 Jahre alt und damit nicht mehr betreuungsbedürftig. Zu diesem Zeitpunkt, als die Beschwerdeführerin noch arbeitstätig war, waren keine Bemühungen ersichtlich, welche eine auf eine Erhöhung des Pensums hindeuteten.

3.4 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Gesundheitsfall zu - höchstens - 53 % (vgl. Urk. 8/26 Ziff. 2.2) im Erwerbsbereich und zu 47 % im Haushalt tätig wäre.

E. 4

4.1 Die Beschwerdeführerin weilte vom 2. bis 16. November 2006 in der D. ___. Im Austrittsbericht vom 22. Dezember 2006 stellten Prof. Dr. med. E. ___, Leitender Arzt Neurorehabilitation, und Dr. med. F. ___, Assistenzärztin, folgende Diagnosen (Urk. 8/2/14):

- Status nach Treppensturz am 11. März 2003
- chronisches Schmerzsyndrom rechtes Knie
- Verdacht auf Depression
- metabolisches Syndrom

In ihrer Beurteilung führten die Ärzte aus, die Beschwerdeführerin sei stationär aufgenommen worden, damit eine multidisziplinäre medizinische Abklärung mit interdisziplinärer Stellungnahme durchgeführt werden könne. Daneben habe sie an einem Therapieprogramm teilgenommen, welches eine physiotherapeutische Einzeltherapie, eine Gruppentherapie im Trockenen und im Wasser, eine Ergo-Einzeltherapie und ein Haushaltstraining beinhaltet habe. In diesem Rahmen seien auch verschiedene physiotherapeutische Tests (Basis-, Gang-, Handkraft- und Koordinationstest) durchgeführt worden. Der Therapieverlauf sei durch eine Depressivität und ein maladaptives Bewältigungsmuster geprägt gewesen. Die Beschwerdeführerin sei stark auf ihre Schmerzen fixiert und fokussiert gewesen.

Aufgrund der subjektiv starken Schmerzen habe sie eine mangelnde Leistungsbereitschaft an den Tag gelegt, obwohl keine funktionelle Limitierung vorhanden gewesen sei. Bei fehlender Behandlungserlaubnis von Seiten der Beschwerdeführerin und sehr deutlicher Unterschätzung der eigenen Leistungsfähigkeiten habe erwartungsgemäss keine Verbesserung der Beschwerdesymptomatik erzielt werden können. Objektiv habe sich die Beschwerdeführerin in der letzten Woche im Haushaltstraining sehr viel positiver, nicht mehr weinerlich und mit mehr Eigeninitiative gezeigt. Subjektiv sei diese positive Veränderung allerdings nicht wahrgenommen worden (Urk. 8/2/15).

4.2. Prof. E. hielt in seiner neurologischen Stellungnahme vom 20. Februar 2007 fest, aus der Unfallmeldung vom 13. März 2006 gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin am 11. März 2006 beim Abstauben im Treppenhaus verunfallt sei. Dabei habe sie sich den Kopf angeschlagen und sich ausserdem Prellungen im Bereich des Knies und des Oberarms zugezogen (Urk. 8/8/3 Ziff. I).

In seiner Beurteilung führte er aus, insgesamt bleibe festzuhalten, dass der Verlauf nach einer leichten traumatischen Hirnverletzung in der Regel gut sei. Die Mehrzahl der Versicherten sei innerhalb von Wochen oder Monaten beschwerdefrei. Die Beschwerdegegnerin klage über Beschwerdepersistenz auf einem erheblichen Niveau. Insgesamt würden sich keine Hinweise finden, dass auf somatisch-organischem Boden ein Störungsbild persistieren könnte. Die anamnestiche Angabe der Gedächtnis- und Konzentrationsstörung sei derart ausgeprägt, dass es für die Beschwerdeführerin nicht möglich wäre, am täglichen Leben zu partizipieren. Diesbezüglich müsse klar festgehalten werden, dass die Angaben der Beschwerdeführerin doch deutlich von ihrem Alltagsverhalten abweichen würden. Dasselbe gelte für ihre Handkraft. Gemäss diesem Test wäre die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, überhaupt Gegenstände anzuheben. Ihr Verhalten im Alltag widerlege dieses Testergebnis (Urk. 8/8/7 Ziff. IV).

Die geklagte Schmerzsymptomatik entspreche in Ausmass und Verlauf nicht dem üblichen Verlauf nach einer traumatischen Hirnverletzung. Ein pathophysiologischer Zusammenhang mit dem Unfallereignis müsse diesbezüglich als unwahrscheinlich angesehen werden. In diesem Zusammenhang sei der Beschwerdeführerin zu raten, dass sie die Einnahme von Medikamenten deutlich reduziere. Insgesamt bleibe aus neurologischer Sicht festzuhalten, dass sich auf somatisch-organischem Gebiet keine Unfallfolgen mehr feststellen liessen (Urk. 8/8/8 Ziff. IV).

4.3. In seinem Bericht vom 12. März 2007 stellte Dr. med. G., Facharzt FMH für Chirurgie, folgende Diagnosen (Urk. 8/10/7 Ziff. 2):

- arterielle Hypertonie
- Glucoseintoleranz
- Hypercholesterinämie
- Adipositas

Dr. G. führte weiter aus, die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungsfrau zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/10/7 Ziff. 3). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei ihr eine Tätigkeit zu 7 Stunden pro Woche zumutbar (Urk. 8/10/6 Ziff. 6.2). Die Beschwerdeführerin klage über

Schmerzen im rechten Knie, deutliche Herabsetzung der mentalen Dauerbelastung, diffuse Kopfschmerzen, eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit Auftreten von Schmerzen und eine schwere depressive Verstimmung (Urk. 8/10/8 Ziff. 4.4).

4.4. Im Bericht vom 14. März 2007 des H. ___ diagnostizierten Dr. med. I. ___, Oberärztin, und med. pract. J. ___ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 8/15/2 f. Ziff. 2.1). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig seit August 2006 (Urk. 8/15/3 Ziff. 3, Urk. 8/15/2 Ziff. 1.1a). Im Haushaltsbereich sei sie zu 20 % arbeitsfähig (Urk. 8/15/2 Ziff. 1.1b). Zu den objektiven Befunden hielt Dr. I. ___ und med. pract. J. ___ fest, die Beschwerdeführerin klage über Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Es beständen jedoch keine Anzeichen für Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Es würden schwere Störungen der Vitalgeföhle vorliegen. Sie sei deprimiert, hoffnungslos mit pessimistischer Zukunftsperspektive und trauriger Grundstimmung. Ferner sei sie leicht ängstlich und klage über eine innere Unruhe und Insuffizienzgeföhle. Die Beschwerdeführerin berichte über Affektlabilität; sie habe auch während des Gesprächs weinen müssen. Nachts leide sie unter Schlaflosigkeit und motorischer Unruhe. Es lägen ein sozialer Rückzug und zeitweise Suizidgedanken vor, welche jedoch nicht akut seien. Die Beschwerdeführerin habe Ein- und Durchschlafstörungen, der Appetit schwanke zwischen Inappetenz und erhöhtem Appetit. Insgesamt habe sie an Gewicht zugenommen. Dazu klage sie über häufige Kopfschmerzen, Verspannungen im Nacken- und Muskelbereich, Schmerzen in der Wirbelsäule und in beiden Knien (Urk. 8/15/4 Ziff. 4.5). Die Beschwerdeführerin erscheine zirka viermal wöchentlich zu stützenden psychiatrischen Gesprächen im ambulanten Setting. Aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufs mit Tendenz zur Chronifizierung der Beschwerden sowie deutlicher Zunahme der depressiven Symptomatik erscheine eine kurz- bis mittelfristige Leistungssteigerung unrealistisch. Langfristig könne keine Diagnose gestellt werden. Insbesondere habe im ambulanten Setting trotz adäquater medikamentöser, medizinischer und sozialpsychiatrischer Behandlung keine erhebliche Verbesserung der Symptomatik und Leistungsfähigkeit erreicht werden können (Urk. 8/15/4 Ziff. 4.7). Ferner sei der Gesundheitszustand besserungsfähig (Urk. 8/15/4 Ziff. 5.1).

4.5. In seinem Bericht vom 23. März 2007 nannte Dr. med. K. ___, Facharzt FMH für Innere Medizin, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/11/7 Ziff. 2.1):

- Status nach Treppensturz vom 1. März 2006 mit
- leichter traumatischer Hirnverletzung
- Prellungen der HWS, des linken Armes und der Knie beidseits
- Schmerzverarbeitungsstörung
- Verdacht auf psychogene Epilepsie
- chronischen Knieschmerzen rechts bei Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie beidseits
- Chondropathie
- beginnender Arthrose

Es bestanden eine Druckdolenz im Bereiche der paravertebralen Muskulatur, vor allem im Bereich der HWS, eine muskuläre Dysbalance, keine radikulären Zeichen und eine depressive Stimmungshaltung (Urk. 8/11/7 Ziff. 4.5). Bezüglich Arbeitsfähigkeit hielt Dr. K. ___ fest, aus medizinischer Sicht sei eine berufliche Umstellung zu präferieren. Seines Erachtens könnte in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % erreicht werden (Urk. 8/11/8 Ziff. 6.2).

4.6 Im C. ___-Gutachten (Urk. 8/22) vom 2. Mai 2008 stellten Dr. med. Z. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. M. ___, Facharzt FMH für Innere Medizin, Chefarzt, Dr. med. N. ___, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Stellvertretende Chefärztin, Dr. med. O. ___, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, Gutachter, folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30 Ziff. 6.1):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 30 f. Ziff. 6.2):

- chronisches Schmerzsyndrom des rechten mehr als des linken Kniegelenks
- chronisches cervikocephales und cervikospondylogenes Schmerzsyndrom
- Verdacht auf Panikstörung
- metabolisches Syndrom

Die Beschwerdeführerin klagt über andauernde, pulsierende Nackenschmerzen mit Ausbreitung in den Schultergürtel beidseits sowie in den Hinterkopf. Daneben habe sie ausgeprägte Kniebeschwerden beidseits rechtsbetont beschrieben, die ausdauernd, teils stechend, teils dumpf seien und in den rechten Unterschenkel bis in die rechte Fusssohle ausstrahlen würden. Zudem mache sie sich Sorgen um ihre und die Gesundheit ihres psychisch kranken Sohnes; ferner leide sie an einer ausgeprägten Müdigkeit, Energie- und Freudlosigkeit, einer sozialen Isolation und diffusen Ängsten (S. 33 f. Ziff. 7.3).

Anlässlich der internistischen Untersuchung habe sich eine bergewichtige und kardiopulmonal kompensierte Beschwerdeführerin in einem guten Allgemeinzustand gezeigt. Der internistische Status sei bis auf eine arterielle Hypertonie unauffällig. Aus internistischer Sicht lasse sich aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen (S. 34 oben Ziff. 7.3).

Bei der rheumatologischen Untersuchung des rechten Kniegelenks habe eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz imponiert. So seien die demonstrierten Beschwerden und die teilweise massive Bewegungsverminderung im Bereich des rechten Kniegelenks im demonstrierten Ausmass nicht plausibel. Im Bereich der rechten unteren Extremität habe die Beschwerdeführerin über sehr starke, topographisch weit ausgeprägte Ruheschmerzen geklagt; das Schmerzmuster sei undifferenziert, teilweise seien die Beschwerden ohne Bewegung beziehungsweise Aktivität angegeben worden. In diesem Bereich habe sie über vorsichtige Bewegungen, eine starke, abnorme Haltung, eine häufige Schmerzmimik und verbale Schmerzäusserungen demonstriert. Zudem sei es zu übertriebenen Abwehrbewegungen bei der klinischen Untersuchung gekommen.

Bildgebend wärden sich abgesehen von einer initialen Femoropatellararthrose und einer initialen medialen Gonarthrose rechts keine wesentlichen, über das altersentsprechende Mass hinausgehende degenerative Veränderungen zeigen (S. 34 unten Ziff. 7.3). Insbesondere fänden sich auch keine Hinweise für entzündliche beziehungsweise destruktive Prozesse (S. 34 f. Ziff. 7.3). Aus rheumatologischer Sicht lasse sich zusammengefasst kein die Arbeitsfähigkeit limitierender Gesundheitsschaden formulieren. Sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (S. 35 oben Ziff. 7.3).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe sich eine meist weinende Beschwerdeführerin gezeigt. Es liege eine depressive Grundstimmung vor. Die Beschwerdeschilderungen hätten einen appellativen Charakter und seien teilweise dramatisierend. Es werde eine Tendenz zur Aggravation deutlich. Ein Leidensdruck sei dabei nur stellenweise spürbar, die Beschwerdeführerin wirke bei der Beschwerdeschilderung nicht durchwegs authentisch. Die Kriterien zur Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien bei der Beschwerdeführerin erfüllt. Es würden sich Hinweise auf relevante innerseelische Konflikte und psychosoziale Belastungsfaktoren (Erkrankung des Sohnes, Arbeitslosigkeit des Ehemannes, fehlendes Einkommen der Beschwerdeführerin) und Auffälligkeiten beim emotionalen Erleben, respektive bei der affektiven Schwingungsfähigkeit zeigen. Unter Einbezug der First-Kriterien lasse sich zwar keine auffällige prä-morbide Persönlichkeitsstruktur beziehungsweise -entwicklung oder eine schwere psychiatrische Komorbidität eruieren; es seien lediglich Hinweise auf eine Panikstörung mit episodisch auftretenden Angstattacken (etwa zweimal die Woche) vorhanden (S. 35 Mitte Ziff. 7.3). Ferner sei ein Verlust der sozialen Integration (sozialer Rückzug, Verlust persönlicher Interessen) zu erkennen. Bisher seien noch nicht alle denkbaren Behandlungsoptionen ausgeschöpft. Zum Beispiel wäre eine stationär-psychiatrische Behandlung möglich. Es würden aber sicher unbefriedigende Behandlungsmassnahmen trotz konsequenter Rehabilitationsmassnahmen und Therapien vorliegen. Die First-Kriterien würden von der Beschwerdeführerin weitgehend erfüllt. Demzufolge sei sie aus psychiatrischer Sicht sowohl in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 30 % arbeitsunfähig (S. 35 unten Ziff. 7.3).

Im Haushalt lasse sich jedoch aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen (S. 38 Ziff. 8.5).

E. 5

5.1 In medizinischer Hinsicht kann vorliegend auf das umfassende, auf allseitigen (internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen) Untersuchungen beruhende C.____-Gutachten abgestellt werden. Es wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und in Kenntnis der Vorakten erstellt (vorstehend Erw. 1.6).

Die im Gutachten enthaltene Schlussfolgerung, dass die Beschwerdeführerin zwar an somatischen Beschwerden leide, diese jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 8/22 S. 30 f. Ziff. 6.2, S. 33 ff. Ziff. 7.3), ist nachvollziehbar und überzeugend. Sodann hielt auch Prof. E.____ fest, aus neurologischer Sicht liessen sich keine Unfallfolgen mehr feststellen (Urk. 8/8/8 Ziff. IV). Die divergierenden Berichte von Dr. G.____ und K.____ vermögen daran nichts zu ändern, da es sich bei den Ärzten um behandelnde Ärzte der Beschwerdeführerin

handelt, und in Bezug auf Berichte behandelnder Ärzte und Ärztinnen das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, 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). Dies umso mehr, als die Ärzte des C. und D. G. und Dr. K. vom annähernd gleichen somatischen Beschwerdebild ausgingen, Dr. G. und Dr. K. jedoch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit attestierten (Urk. 8/10/8 Ziff. 4.4, Urk. 8/11/8 Ziff. 6.2), was objektiv nicht erklärbar ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit kann festgehalten werden, dass aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht.

5.2 Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit hinsichtlich der psychischen Beschwerden äusserten sich neben den MRZ-Gutachter auch Dr. I. und med. pract. J.. Dabei ist zu erwähnen, dass Dr. I. und med. pract. J. betreffend der erhobenen Befunde lediglich Aussagen der Beschwerdeführerin über ihren Gesundheitszustand aufführten, was den Anschein erwecken lässt, dass sie die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin übernommen und damit faktisch an die Stelle einer eigenen, objektivierte Beurteilung gesetzt hatten. Dr. I. und med. pract. J. haben dies getan, ohne die Ausführungen der Beschwerdeführerin kritisch zu hinterfragen. Dies wäre aber gerade angesichts des Umstandes, dass erhebliche Diskrepanzen zwischen der fachärztlichen Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin sowie deren Selbsteinschätzung bestehen, erforderlich gewesen.

5.3 Ä Ä Ä Ä Dr. L., Dr. M., Dr. N. und Dr. O. nannten im C.-Gutachten vom 2. Mai 2008 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 8/22 S. 30 Ziff. 6.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bezüglich der Argumentation der Beschwerdeführerin, die Gutachter seien über das Ausmass der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin unsicher, da sie ausgeführt hätten, die First-Kriterien seien weitgehend erfüllt (Urk. 1 S. 5 Mitte), ist darauf hinzuweisen, dass die Frage, ob diese Kriterien erfüllt sind oder nicht, grundsätzlich von der Rechtsanwendung zu beantworten ist. Aufgabe der Medizin ist dabei, die zur Beurteilung einzelner Kriterien dienlichen anamnestischen und befundmässigen Angaben zu machen. Dass die Gutachter bei der Prüfung der First-Kriterien nach Einschätzung der Beschwerdeführerin unsicher gewesen sein sollen, vermag an der Verwertbarkeit des Gutachtens nichts zu ändern.

5.4 Ä Ä Ä Ä In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob neben der somatoformen Schmerzstörung eine Komorbidität im psychiatrischen Bereich von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung vorliegt. Gemäss psychiatrischer Beurteilung im C.-Gutachten ist erstellt, dass keine erhebliche psychiatrische Komorbidität vorliegt (Urk. 8/22 S. 35 unten Ziff. 7.3). Nachstehend ist somit zu prüfen, ob weitere Faktoren gegeben sind, die die Zumutbarkeit einer Willensanstrengung ausnahmsweise verneinen würden (vorstehend Erw. 1.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Anwendung dieser Kriterien die Frage zu beantworten, ob der Regelfall oder der Ausnahmefall gegeben ist, obliegt wie bereits erwähnt grundsätzlich der Rechtsanwendung. Dies schliesst allerdings nicht aus, sondern setzt geradezu voraus, dass aus medizinischer Sicht die zur Beurteilung einzelner Kriterien dienlichen

anamnestischen und befundmässigen Angaben gemacht werden. Für eine chronische körperliche Begleiterkrankung gibt es keine Anhaltspunkte. Im C. ___-Gutachten wurde aus rheumatologischer Sicht festgehalten, bei der Untersuchung habe eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz imponiert. Die demonstrierten Beschwerden des rechten Kniegelenks seien nicht plausibel. Bildgebend würden sich keine über das altersentsprechende Mass hinausgehende degenerative Veränderungen zeigen. Insbesondere finden sich auch keine Hinweise für entzündliche beziehungsweise destruktive Prozesse. Ferner sei auch der internistische Status bis auf die arterielle Hypertonie unauffällig (Urk. 8/22 S. 34 f. Ziff. 7.3). Zudem führte auch der Neurologe Prof. E. ___ aus, nach dem Sturz und der zugezogenen leichten traumatischen Hirnverletzung würden keine Unfallfolgen mehr vorliegen (Urk. 8/8/8 Ziff. IV). Somit kann davon ausgegangen werden, dass die geltend gemachten Beschwerden gerade Ausdruck der somatoformen Problematik sind.

Vorliegend lassen die Angaben der Beschwerdeführerin (Urk. 8/22 S. 11 Ziff. 3.1.4) zwar auf Veränderungen in ihrer sozialen Situation schliessen; es liegen jedoch keine Indizien für einen schwerwiegenden, nahezu umfassenden sozialen Rückzug und eine soziale Isolierung vor, denn die Beschwerdeführerin pflegt durchaus Kontakt zur Familie, begleitet den Ehemann zum Einkaufen und verrichtet einen Teil des Haushaltes.

Ferner besteht vorliegend kein Grund zur Annahme eines ausgeprägten, therapeutisch nicht mehr angehbaren primären Krankheitsgewinns im Sinne einer körperlichen Reaktion auf einen innerseelischen Konflikt. Im Gegenteil lässt das aggravierende und selbstlimitierende Verhalten der Beschwerdeführerin (Urk. 8/2/15, Urk. 8/8/7 Ziff. IV, Urk. 8/8/8 Ziff. IV, Urk. 8/22 S. 34 f.) auf einen sekundären Krankheitsgewinn schliessen. Ferner wurde verschiedentlich auf bestehende psychosoziale Probleme (psychische Erkrankung des Sohnes, Arbeitslosigkeit des Ehemannes und fehlendes Einkommen der Beschwerdeführerin) hingewiesen (Urk. 8/22 S. 35 Mitte Ziff. 7.3).

Schliesslich kann auch nicht von Therapieresistenz trotz vorhandener Motivation und Eigenanstrengungen gesprochen werden, fehlt es doch offensichtlich gerade an letzteren. Ferner führten sogar Dr. I. ___ und med. pract. J. ___ aus, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin besserungsfähig sei (Urk. 8/15/4 Ziff. 5.1). Weiter führten die Experten des C. ___ aus, es seien noch nicht alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft und es sei eine stationäre psychiatrische Behandlung in Betracht zu ziehen (Urk. 8/22 S. 35 unten Ziff. 7.3).

Zusammenfassend ergibt sich, dass keine der Kriterien erfüllt sind, welche es der Beschwerdeführerin ausnahmsweise verunmöglichen würden, die erforderliche Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzstörung aufzubringen (vorstehend Erw. 1.3). Folglich ist es der Beschwerdeführerin zumutbar, die nötige Willenskraft aufzubringen, um ihre Schmerzen zu überwinden und einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Daran ändern auch die von der Beschwerdeführerin nachgereichten ärztlichen Berichte (Urk. 11/1-2) und ihre Stellungnahme vom 25. Januar 2010 (Urk. 15) nichts. Des Weiteren kann auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Stellungnahme vom 8. Januar 2010 (Urk. 14) verwiesen werden.

6. Â Â Â Â Â Â

6.1 Â Â Â Â Die Einschränkung im Haushalt wurde von der Beschwerdegegnerin gestützt auf den Haushaltabkl rungsbericht vom 5. Februar 2009 mit 6.5 % beziffert (Urk. 2 S. 3 oben, Urk. 8/26 S. 8 Ziff. 8). Die Experten des C. ___ gingen im Gutachten vom 2. Mai 2008 von keiner Einschränkung im Haushalt aus (Urk. 8/22 S. 38 Ziff. 8.5).

Â Â Â Â Â Â Â Â Bei der Würdigung der Diskrepanz zwischen der fachärztlich-psychiatrischen Einschätzung und derjenigen in der Haushaltabklärung f llt entscheidend ins Gewicht, dass ausschliesslich psychische Leiden der Beschwerdeführerin zur Diskussion stehen. In dieser Konstellation aber hat die ärztliche (psychiatrische) Beurteilung eigentlich das grössere Gewicht (vorstehend Erw. 1.7).

Â Â Â Â Â Â Â Â Vorliegend kann aufgrund der minimalen Diskrepanz der Einschätzungen offen gelassen werden, ob dem MRZ-Gutachten oder dem Haushaltabkl rungsbericht zu folgen ist. Selbst wenn man von einer Einschränkung von 6.5 % ausgeht, ergibt dies einen Teilinvalidit tsgrad von rund 3 % (6.5×0.47), was sogleich den Gesamtinvalidit tsgrad darstellt. Damit wird der für einen Rentenanspruch vorausgesetzte Mindestinvalidit tsgrad von 40 % bei weitem nicht erreicht.

Â Â Â Â Â Â Â Â Auf die von der Beschwerdeführerin gestützt auf den Bericht von Dr. I. ___ und med. pract. J. ___ vom 14. März 2007 ausgehende Einschränkung im Haushalt von 80 % (Urk. 1 S. 5 unten) kann aufgrund der bereits erwähnten Gründe unter Erwägung 5.2 nicht abgestellt werden.

6.2 Â Â Â Â Demnach beträgt der Gesamtinvalidit tsgrad höchstens 3 %, was in über-einstimmung mit der Beschwerdegegnerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet.

Â Â Â Â Â Â Â Â Damit ist die Beschwerde abzuweisen.

7. Â Â Â Â Â Â Bei diesem Ausgang sind die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG, die ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen sind, der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Â Â Â Â Â Â Â Â Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. J rg Baur
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.