

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01144 vom 5. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.01144](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.01144)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01144 du 5 août 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01144 del 5 agosto 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.2. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. 4. 4. 4. 4. 4. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

4. 4. 4. 4. 4. 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. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3 4. 4. 4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.4 4. 4. 4. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präzisierend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

1.5 4. 4. 4. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) 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 könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

**E. 1.6**

Ä Ä Ä Ä FÄ¼r den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Veröffentlichungserlass respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind. Bevor die Verwaltung über einen Leistungsanspruch befindet, muss sie daher prüfen, ob allenfalls in der dem Rentenbeginn folgenden Zeit eine erhebliche Veränderung der hypothetischen Bezugsgrößen eingetreten ist. Gegebenenfalls hat sie vor ihrem Entscheid einen weiteren Einkommensvergleich durchzuführen (BGE 129 V 222 f. E. 4.2 in fine, 128 V 174, Urteil des Bundesgerichts I 156/02 vom 26. Mai 2003).

1.7 Ä Ä Ä Ä FÄ¼r die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). FÄ¼r die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich von 41,7 Stunden in den Jahren 2006 und 2007 (Die Volkswirtschaft 6-2011 S. 94 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungsabweisung damit, dass die Beschwerdeführerin laut dem MEDAS-Gutachten vom 28. April 2008 eine rückenschonende Tätigkeit bei einer Leistungseinschränkung von 20 % ganztagig ausüben und dadurch ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne (Urk. 2). Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, das MEDAS-Gutachten vom 28. April 2008 sei wegen formeller und materieller Fehler nicht beweiskräftig (Urk. 1 S. 8-13).

### E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä Dr. med. Z. \_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, stellte im Bericht vom 30. Mai 2006 gestützt auf MRI-Bilder vom Januar 2006 sowie auf eine klinische Untersuchung folgende Diagnosen:

Chronische Lumboischialgie links

- radikuläres sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 links, möglicherweise residuell
- breitbasige Bandscheibenprotrusion linksbetont mit rezessaler Tangierung der Wurzel L5 links
- L5/S1 mit breitbasiger linksbetonter Protrusion und Foraminalstenosen beidseits
- ausgedehnte myofasziale Begleitsymptomatik



dass die vorbestehende Angststörung nicht mehr in Erscheinung getreten sei. Der Zustand sei besserungsfähig. Infolge der je nach Ausmass der Schmerzen und der depressiven Gemüthsstimmung stark schwankenden psychischen Ressourcen attestierte Dr. C. \_\_\_ der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab April 2006 und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit August 2006 (Urk. 8/5).

3.6 Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. D. \_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, attestierte im Bericht vom 10. August 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 4. bis 23. Januar 2006 und wiederum vom 13. April bis 21. Mai 2006, anschliessend eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bis zu den Sommerferien 2006, schliesslich wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 30. Juli 2006. Prognostisch könne eine gewisse Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden. Sodann wiederholte Dr. D. \_\_\_ die von Dr. Z. \_\_\_ im Bericht vom 2. Februar 2007 gestellten Diagnosen und führte aus, die Beschwerdeführerin klage über ondulierende Beschwerden mit plötzlich einschliessenden Schmerzen in die linke Lende und ins linke Bein. Durch Liegen oder Laufen trete eine Besserung ein. Die Beschwerdeführerin klage weiter über wenig Energie, wenig Antrieb und wenig Kraft. Dies sei jedoch eher bessernd. Klinisch bestehe eine Zehenheberschwäche links sowie eine verminderte Oberflächensensibilität im linken Bein, die nicht einem Dermatome zugeordnet werden könne. Wahrscheinlich könne eine gewisse Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden (Urk. 8/6 S. 5-7).

3.7 Im MEDAS-Gutachten vom 28. April 2008 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/19 S. 19):

1. Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1)

2. Chronisches lumbal akzentuiertes paravertebrales Schmerzsyndrom, aktuell ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.80)

- fragliches residuelles sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 links (ICD-10 G54.4)

- Diskushernien L4/5 und L5/S1, klinisch und MR-tomographisch ohne sichere akute Neurokompression (ICD-10 M51.2)

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter hingegen einer Schmerzverarbeitungsstörung bei (ICD-10 F54; Urk. 8/19 S. 20).

Der psychiatrische Konsiliararzt führte aus, das Ausmass der Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung liessen sich durch die somatischen Befunde nicht objektivieren. Es müsse eine psychische Überlagerung der geklagten Schmerzen angenommen werden. Diagnostisch handle es sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung. Die Beschwerdeführerin habe zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht unter schweren psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren gelitten, so dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne. Es handle sich auch nicht um ein ausschliessliches Rentenbegehren, denn die Beschwerdeführerin habe ihre Arbeit gerne ausgeübt und die erhaltene Kündigung der Arbeitsstelle habe für sie psychisch auch eine Enttäuschung bedeutet. Ausserdem spanne sich die finanzielle Situation der Familie mit der Einstellung der Leistungen der Taggeldversicherung an. Die Beschwerdeführerin leide unter depressiven Verstimmungen und sei in psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung. Der Medikamentenspiegel des Antidepressivums und

dessen Metabolits hätten unter dem Referenzwert gelegen. Derzeit handle es sich diagnostisch um eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit depressiven Verstimmungen, wiederholten Ängsten, Antriebsstörung und Schlafstörungen. Die Beschwerdeführerin gehe nicht völlig adäquat mit ihren körperlichen Beschwerden um und fühle sich durch diese mehr beeinträchtigt, als dies den objektiven Tatsachen entspreche. Sie könne es sich nicht vorstellen, auch mit Beschwerden zu arbeiten. Gegenüber ihren Beschwerden verhalte sie sich passiv und erwarte von der Umgebung Hilfe. Erst bei geringlicher Gesundheit sehe sie sich wieder arbeitsfähig. Die psychosozialen Belastungen, die seit der Arbeitsniederlegung aufgetreten seien, wie der Rückzug in die Familie mit sozialer Isolation von ihren Kolleginnen, die Übernahme der häuslichen Verantwortung durch die Familie, die wiederholt angespannte Beziehung zum Ehemann und die mit der bevorstehenden Einstellung der Leistungen der Taggeldversicherung zu erwartende angespannte finanzielle Situation führten zu verstärktem regressiven Verhalten und depressiven Verstimmungen. Die Schmerzverarbeitungsstörung begründe aber keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Bei einer Panikstörung oder einer generalisierten Angststörung nach ICD-10 komme es zu wiederholten Angstattacken beziehungsweise generalisierter und anhaltender Angst, die sich aber nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken dürften. Die Ängste seien hier im Rahmen der infolge der psychosozialen Belastungen sich entwickelnden Depression zu sehen. Diagnostisch handle es sich um eine leichte bis mittelgradige depressive Episode. Bei einer mittelgradigen Depression wären deutlichere Einschränkungen vorhanden. Arbeiten im Haushalt wären praktisch nicht mehr möglich und ebenfalls wäre ein emotionaler Rückzug deutlicher ausgeprägt. Es bestehe zwar ein sozialer Rückzug. Jedoch habe die Beschwerdeführerin in der Familie mit Ausnahme der wiederholt angespannten Beziehung zum Ehemann gute Kontakte. Ausserdem seien die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft. Trotz subjektiv starken Beschwerden mit schmerzbedingt gestörtem Nachtschlaf erhalte die Beschwerdeführerin kein Antidepressivum mit sedierender und schmerzmodulierender Wirkung. Weiter könne die antidepressive Medikation angesichts des tiefen Medikamentenspiegels durchaus intensiviert werden, so dass die - im Zusammenhang mit der Depression stehenden - Ängste und damit die Benzodiazepin-Einnahme weiter reduziert werden könnten (Urk. 8/19 S. 11 ff.).

Der orthopädische Konsiliararzt gab an, das Gangbild auf der Treppe sei aufwärts unauffällig, zeige abwärts aber ein asymmetrisches Bild, wodurch das linke Bein im Vergleich zum rechten mehr belastet werde. Dies erscheine jedoch ziemlich unlogisch, nachdem die Beschwerdeführerin während der ganzen Untersuchung klar betont habe, vorwiegend am linken Bein Beschwerden zu verspüren, und sie dieses bei expliziter Prüfung auch wiederholt vermindert aktiviert habe. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich eine gewisse Selbstlimitation, indem im Stehen ein Finger-Boden-Abstand von 29 cm gemessen worden sei, nachdem die Beschwerdeführerin den Rumpf nur sehr vorsichtig inkliniert habe, wohingegen im Langsitz nach Ablenkung die Fingerspitzen problemlos mehrfach bis knapp zum Fussrücken hätten geföhrt werden können, was einem relativen Finger-Boden-Abstand von weniger als 5 cm entspreche. Auf neurologischer Ebene könne eine residuelle sensomotorische Ausfallsymptomatik L5 links nicht ganz ausgeschlossen werden, doch ergäben sich auch hier gewisse Inkonsistenzen. Fuss und Zehen würden

bei expliziter Präzisierung ohne mögliche weitere Differenzierung nur sehr stark abgeschwächt aktiviert. Im Gegensatz dazu könne die Beschwerdeführerin jedoch ohne weiteres einen Fersen- und Zehengang durchführen und einbeinig auf Ferse und Zehen stehen, was unter Belastung nur mit Aktivierung von Flexoren oder Extensoren möglich sei. Auch die Angabe einer abgeschwächten Berührungsempfindung sei auf das ganze linke Bein ausgebreitet und im Dermatome L5 nur fraglich vermehrt vorhanden. Mehrfach könne der Achillessehnenreflex auch auf der linken Seite ausgelöst werden, was im Vergleich zu früheren Untersuchungen doch für eine deutliche Verbesserung der Symptomatik spreche. Die MR-Tomographie der LWS zeige Diskushernien auf Höhe L4/5 und L5/S1, die zwar die Nervenwurzeln L5 und S1 berührten, ohne jedoch eine sichere Kompression zur Darstellung zu bringen. Dies lasse sich gut mit den derzeitigen klinischen Befunden in Übereinstimmung bringen, wonach ebenfalls keine akute Nervenwurzelkompression postuliert werden könne. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass sich die angegebenen Beschwerden nur eingeschränkt objektivieren liessen. Insbesondere auch die Angabe von zuletzt diffusen paravertebralen Rückenschmerzen und die abgeschwächte Berührungsempfindung am gesamten linken Bein müssten als deutliches Zeichen einer Symptomausweitung gewertet werden, da sich dafür keine objektivierbaren strukturellen Veränderungen als Ursache finden liessen. Entsprechend müsse postuliert werden, dass sich auf dem Boden einer ursprünglich eher leichtgradigen strukturellen Veränderung mittlerweile wesentliche nichtorganische Faktoren aufgepfropft hätten, die das aktuelle Beschwerdebild dominieren dürften. Die früher gestellte Diagnose einer chronischen Lumboischialgie links mit möglicher radikulärer Irritation von L5 bei Diskushernien L5/S1 und L4/5 unter gleichzeitigem Hinweis auf dermatomübergreifende Symptome könne angesichts der bereits 2006 festgestellten Symptomausweitung sowie auf der inzwischen eingetretenen objektivierbaren Verbesserung des Zustandsbildes nicht mehr bestätigt werden (Urk. 8/19 S. 17 ff.).

Im Rahmen des multidisziplinär erarbeiteten "Konsensus" kamen die Gutachter zum Schluss, aus orthopädischer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bäckerin nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position mit nur ausnahmsweise Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne länger dauernde Zwangshaltungen oder übermässigen Bewegungsausmass des Rumpfes bestehe hingegen eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Bei ganzzeitiger Präsenz sei die Leistung aufgrund der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode durch eine gewisse Verlangsamung des Arbeitstempos und einen etwas erhöhten Pausenbedarf um 20 % reduziert. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Akten sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeit sei davon auszugehen, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im oben genannten Ausmass seit August 2006 bestehe, als sich bereits zuvor bestehende degenerative Veränderungen der LWS schmerzhaft aktiviert hätten. Dies habe auch nach Durchführung multipler Therapiemassnahmen bleibend eine etwas verminderte Belastbarkeit nach sich gezogen. Eine körperlich angepasste Tätigkeit wäre der Beschwerdeführerin ab diesem Zeitpunkt allerdings im erwähnten Umfang zumutbar gewesen, da sich aus heutiger Sicht auch keine Hinweise darauf ergäben, dass die Einschränkungen auf psychiatrischer Ebene jemals während längerer Zeit das aktuelle Ausmass relevant überschritten hätten (Urk. 8/19 S. 20 f., vgl. auch S. 12 und S. 18).

3.8 Zur Zeit der MEDAS-Abklärung nahm die Beschwerdeführerin am Schmerz-Programm E. \_\_\_ in der Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin des Universitätskrankenhauses F. \_\_\_ teil, das vom 5. Februar bis 17. April 2008 dauerte. Im Abschluss-Bericht vom 6. Juni 2008 wurden folgende Diagnosen gestellt:

Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links mit/bei:

- möglicher lumboradikulärer Reiz-Komponente L5 links, bekannter Grosszehenheberschwäche M4 links, Hypästhesie Dermatome L5 links

- Wirbelsäulenfehlform

- Haltunginsuffizienz

- mediolateraler bis foraminaler Diskushernie L5/S1 links und mediolateraler Diskushernie L4/5 links (MRI LWS 18. Januar 2007)

- rezidivierende Depression, aktuell mittelschwere Phase

Darüber hinaus beschrieben die berichtenden Therapeuten eine sich passiv-vermeidend verhaltende Beschwerdeführerin, die zu wenig Vertrauen in sich selber habe, um die vorhandenen Ressourcen im Alltag adaptativ einzusetzen, was die Erreichung der Ziele aus psychologischer Sicht verhindert habe. Zwar sei es der Beschwerdeführerin gelungen, ihre Problematik sehr differenziert und präzise zu schildern und zu analysieren. Die Motivation, etwas im Alltag zu verändern und wieder selbständiger zu handeln, werde jedoch von der Angst "es nicht zu schaffen" überschattet. Die Schmerzen, die psychische Befindlichkeit, seien für sie nicht kontrollierbar. Sie fühle sich ausgeliefert und nicht leistungsfähig. Die Abmachung einer aktiven Teilnahme im Alltag habe wegen Schmerzen, Müdigkeit und Lustlosigkeit nicht eingehalten werden können (Urk. 3/7).

3.9 Im Schreiben vom 19. April 2009 nahm die MEDAS zu den ihr nachträglich zugestellten Berichten von Dr. A. \_\_\_ vom 1. September 2006, des Psychiaters B. \_\_\_ vom 2. Juli 2007 sowie des E. \_\_\_ vom 6. Juni 2008 Stellung. Hinsichtlich Dr. B. \_\_\_s Beurteilung wiesen die MEDAS-Ärzte auf ihre Ausführungen zur Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. C. \_\_\_ hin. Bezüglich Dr. A. \_\_\_s Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit äusserten die Gutachter die Vermutung, dass sich dieser sehr stark auf die subjektiven Beschwerdenangaben abgestützt habe, schlossen aber aufgrund der objektivierbaren Befunde die Möglichkeit einer Besserung nicht aus. Sodann stellten sie fest, dass die Therapeuten des E. \_\_\_ im Wesentlichen die gleichen somatischen Diagnosen gestellt hätten (Urk. 8/32).

3.10 Die Psychiaterin Dr. C. \_\_\_ wiederholte im Bericht vom 27. November 2009 die Diagnosen einer mittelschweren depressiven Störung (ICD-10 F31.1) sowie einer Angststörung (ICD-10 F40.01). Weiter übernahm sie unter Hinweis auf den E. \_\_\_-Bericht vom 6. Juni 2008 die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms. Die Beurteilung der depressiven Störung als mittelschwer begründete sie mit dem ausgeprägten Schweregrad und der Vielzahl der typischen Symptome. Ausserdem seien die sozialen und häuslichen Aktivitäten einschliesslich der Haushaltsführung ganz erheblich eingeschränkt bis verunmöglicht. Die Beurteilung der Angststörung als eigenständige, komorbide Störung rechtfertige sich, da sich die phobische Symptomatik nicht zeitgleich mit der Depression entwickelt habe. Die kognitiven Einbussen (Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie Vergesslichkeit) und die

durchgehend depressive Grundstimmung verbunden mit Antriebsst rking, psychomotorischer Verlangsamung und Verlust des Selbstvertrauens führen zu einer massiv eingeschränkten Belastbarkeit und zu einer emotionalen Instabilität. Eine ausserh usliche Tätigkeit würde so in eine unzumutbare Überforderung mit der Gefahr der weiteren Verschlimmerung des Schweregrades der Depression münden. Gestützt auf diese Überlegungen bestätigte Dr. C.\_\_\_\_ die bereits früher attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/8).

#### **E. 4**

4.1       Die Beschwerdeführerin wendet zunächst ein, die MEDAS sei von der Invalidenversicherung finanziell abhängig (Urk. 1 S. 8). Nach gefestigter Rechtsprechung führen der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsstr ger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Abhängigkeit nicht zum Ausstand. Weiter gilt hinsichtlich der MEDAS als Institution sinngemäss ohnehin, dass sich ein Ausstandsbegehren stets nur gegen Personen und nicht gegen Behörden richten kann; nur die für eine Behörde tätigen Personen, nicht die Behörde als solche, können befangen sein. Im Rahmen einer administrativen Sachverhaltsabklärung liegt selbst dann kein formeller Ausstandsgrund vor, wenn von einer wirtschaftlichen Abhängigkeit der MEDAS von der Invalidenversicherung auszugehen wäre; denn ein Ausstandsgrund ist nicht schon deswegen gegeben, weil jemand Aufgaben für die Verwaltung erfüllt, sondern erst bei persönlicher Befangenheit (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011, 9C\_243/2010, Erw. 1.3.3 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung).

4.2       Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, die Berichte über die vom Krankentaggeldversicherer veranlassten psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchungen hätten der MEDAS nicht zur Verfügung gestanden (Urk. 1 S. 9). Dem ist zu entgegnen, dass diese Berichte der MEDAS nachträglich zugestellt wurden. Mit Stellungnahme vom 19. April 2009 legten die Gutachter ihre Gründe für die Beibehaltung der im Gutachten vom 28. April 2008 gezogenen Schlüsse nachvollziehbar dar. Diese nachträgliche Ergänzung vervollständigt die Würdigung der medizinischen Vorakten im MEDAS-Gutachten.

4.3       Auch die Rüge, das MEDAS-Gutachten vom 28. April 2008 erfülle die gestellten Anforderungen nicht, weil die psychiatrische Untersuchung lediglich zwanzig Minuten gedauert habe (Urk. 1 S. 12), dringt nicht durch: Nach der Rechtsprechung kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an, sondern ist in erster Linie massgebend, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. unter anderem Urteile 9C\_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3; 9C\_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3, je mit Hinweisen). Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (vgl. die Urteile 9C\_676/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1). Darüber hinaus finden sich - abgesehen von der entsprechenden Angabe der Versicherten - auch keine Hinweise für eine zu kurze Untersuchungsdauer. Soweit der psychiatrische Gutachter auf die Durchführung von Tests verzichtete, ist auf die Fachkenntnis und den Ermessensspielraum des Experten zu

verweisen (Urteil I 305/06 vom 22. Mai 2007 E. 3.2; vgl. auch unter anderen Urteile 9C\_547/2010 vom 26. Januar 2011; 8C\_486/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 3.1.2; 9C\_762/2010 vom 19. Oktober 2010 E. 3.1; 9C\_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1). Schliesslich kann zur Beurteilung des Schweregrades einer an sich unbestrittenen Depression selbst eine zwanzigminütige Untersuchung ausreichen, wenn keine konkreten Hinweise dafür vorliegen, dass sich die kurze Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität des Gutachtens auswirkt (Urteil 9C\_170/2009 vom 6. Mai 2009 E. 2.2). Solche Hinweise werden in der Beschwerde nicht dargetan und ergeben sich auch nicht aus dem MEDAS-Gutachten vom 28. April 2008. So wurden die Ausführungen der Beschwerdeführerin präzise wiedergegeben und in der Würdigung berücksichtigt. Auch vermag die gestellte Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode zu überzeugen. Die von den Gutachtern beobachtete, kulturell bedingte externe Kontrollüberzeugung erklärt die weitgehende familieninterne Entlastung der Beschwerdeführerin von den alltäglichen Verpflichtungen im Haushalt und in der Kinderbetreuung. Auch die E.\_\_\_-Therapeuten beschrieben in ihrem Bericht vom 6. Juni 2008 ein zur externalen Kontrollüberzeugung passendes Ohnmachtgefühl der Beschwerdeführerin (Urk. 3/7). Dabei gingen die MEDAS-Gutachter gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sie der haushaltführenden Mutter regelmässig helfe (Kochen, Wünsche aufhängen, kleinere Einkäufe), vormittags das Haus zwecks Therapiebesuche oder Spaziergänge verlasse und auch nachmittags stets eine halbe Stunde hinausgehe, zu Recht nicht von einem totalen sozialen Rückzug aus. Weiter pflege sie trotz gewissen Spannungen in der ehelichen Beziehung gute Kontakte in der Familie sowie mit einer in der Nähe wohnenden Verwandten (Urk. 8/19 S. 9 f.). Die gestützt auf diese Aussagen vorgenommene diagnostische Würdigung der MEDAS berücksichtigt ausserdem die Richtlinien gemäss der ICD-10-Klassifikation, wonach sich eine leichte von einer mittelgradigen depressiven Episode unter anderem dadurch unterscheidet, dass die betroffene Person bei einer leichten Episode Schwierigkeiten hat, ihre normale Berufstätigkeit und ihre sozialen Aktivitäten fortzusetzen, die alltäglichen Aktivitäten aber nicht vollständig aufgibt. Demgegenüber kann eine von einer mittelgradigen depressiven Episode betroffene Person nur unter erheblichen Schwierigkeiten soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen (Dilling/Mombour/ Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch diagnostische Leitlinien, 7. Aufl. Bern 2010, S. 151 f.).

Dass sich die MEDAS-Gutachter im Schreiben vom 19. April 2009 zu der im E.\_\_\_-Abschlussbericht vom 6. Juni 2008 gestellten Diagnose einer mittelschweren bis schweren Depression nicht weiter äusserten (vgl. Urk. 1 S. 10), lässt sich damit erklären, dass im E.\_\_\_-Abschluss vom 6. Juni 2008 eine im Wesentlichen gleichlautende Diagnose erhoben wurde, wie sie bereits Dr. C.\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_ stellten. Da sich die Gutachter zum Schweregrad der Depression zuvor bereits zweimal - zunächst im Rahmen der Würdigung von Dr. C.\_\_\_'s Beurteilung im Gutachten vom 28. April 2008 und erneut bei der Stellungnahme zu Dr. B.\_\_\_'s Schlussfolgerungen im Schreiben vom 19. April 2009 - geäussert hatten, mindert die unterlassene Auseinandersetzung mit der Diagnose im E.\_\_\_-Bericht die Beweiskraft des Gutachtens nicht. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass das E.\_\_\_ nicht auf eine umfassende Abklärung der medizinischen Situation gerichtet ist, sondern durch Mobilisation der vorhandenen Ressourcen darauf zielt, die Akzeptanz der Schmerzen zu fördern und den Umgang mit der Schmerzproblematik im Alltag zu unterstützen. Dementsprechend besteht das

Behandlungsteam hauptsächlich aus Therapeuten ohne fachärztliche Ausbildung. Somit lassen sich die Differenzen in der psychiatrischen Würdigung durch die behandelnde Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ und das E.\_\_\_\_ mit der qualitativen Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (vgl. dazu Urteil 9C\_400/2010 vom 9. September 2010 E. 5.2 mit Hinweisen insbesondere auf BGE 124 I 170 E. 4, nicht publ. in: BGE 136 V 376, aber in: SVR 2011 IV Nr. 29 S. 82) zusätzlich erklären.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu Dr. B.\_\_\_\_s Stellungnahme ist weiter festzuhalten, dass der Psychiater laut Bericht vom 2. Juli 2007 lediglich eine bedrückt-verzweifelte Stimmung und Stimmungs labilität erhob. Die Diagnosenstellung und die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beruhen somit hauptsächlich auf den von der Beschwerdeführerin angegebenen Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Energielosigkeit, Ängste und Schmerzen. Es fehlt jedoch eine plausible Erklärung der Gründe, wieso es der Beschwerdeführerin nicht zumutbar sein sollte, ihre Einschränkung der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens mindestens teilweise abzuwenden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der von Dr. C.\_\_\_\_ festgestellten Angst- und Panikstörung ist zu bedenken, dass weder in der MEDAS noch im E.\_\_\_\_ noch anlässlich der Untersuchung durch Dr. B.\_\_\_\_ eine derart ausgeprägte Symptomatik festgestellt wurde, die zur Diagnose einer eigenständigen komorbiden Störung hätte erhoben werden können. Vielmehr verhinderten die offenbar seit der Geburt der Kinder bestehenden Ängste (Urk. 8/5 S. 8) die Ausübung einer zunächst teilzeitlichen und ab März 2006 vollzeitlichen ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit. Auch die von der Beschwerdeführerin angegebenen Panikattacken hinderten die Beschwerdeführerin offenbar nicht daran, das intensive Programm im E.\_\_\_\_ durchzulaufen. Aus diesen Gründen vermögen Dr. C.\_\_\_\_s Ausführungen die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens vom 28. April 2008 ebenfalls nicht in Frage zu stellen.

4.4 Ä Ä Ä Ä Bezüglich der von der Beschwerdeführerin bemängelten fachlichen Befähigung des orthopädischen Konsiliararztes zur durchgeführten neurologischen Untersuchung (Urk. 1 S. 11) ist darauf hinzuweisen, dass sich die Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit dem gesamten Spektrum der Entwicklungsstörungen, Erkrankungen und den Verletzungen des Bewegungsapparates sowie deren Folgen befasst. Ein orthopädischer Chirurg ist daher grundsätzlich befähigt, die zu Rückenbeschwerden führenden degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und deren Auswirkungen auf das periphere Nervensystem in eigener Kompetenz zu beurteilen (vgl. dazu auch die Stellungnahme der MEDAS vom 19. April 2009; Urk. 8/32). Somit ist auch dieser Einwand der Beschwerdeführerin nicht zu hören.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Inwieweit sich die 2006 festgestellte - und im Zeitpunkt der Begutachtung in der MEDAS zurückgebildete - Lumboischialgie auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auswirkte, wird weder von Dr. Z.\_\_\_\_ noch von Dr. A.\_\_\_\_ diskutiert. Indessen finden sich in Dr. A.\_\_\_\_s Ausführungen verschiedene Hinweise auf die fehlende Eigenverantwortlichkeit der Beschwerdeführerin im Umgang mit ihrem Leiden, unter anderem im Hinblick auf die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit beziehungsweise auf die Suche nach einer anderen - angepassten - Arbeit. Diese Beobachtung weist auf eine bereits damals vorhandene, effektiv verwertbare Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit hin. Davon muss wohl auch Dr. Z.\_\_\_\_ ausgegangen sein, attestierte er doch der Beschwerdeführerin eine 50%ige

Arbeitsfähigkeit sogar in der angestammten, rückenbelastenden Tätigkeit. Diese beiden Berichte vermögen die Arbeitsfähigkeitseinschätzung im MEDAS-Gutachten vom 28. April 2008 somit nicht zu entkräften.

4.5 Abschiessend lässt sich feststellen, dass die Begutachtung in der MEDAS auf umfassenden internistischen, orthopädischen sowie psychiatrischen Abklärungen beruht, die multidisziplinär ausgearbeitet wurden. Damit darf ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und für die streitigen Belange - auch angesichts des Umfangs von insgesamt mehr als 22 Seiten - umfassend ist. Die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation werden von einem neutralen, objektiven Standpunkt aus eingehend erörtert und die Schlussfolgerungen sind begründet. Das Gutachten vom 28. April 2008 zusammen mit der Ergänzung vom 19. April 2009 genügen den für den Beweiswert von Arztberichten massgebenden Anforderungen in jeder Hinsicht, weshalb darauf abgestellt werden kann (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1).

Es ist demzufolge davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit August 2006 in ihrer angestammten Tätigkeit als Büglerin nicht mehr arbeitsfähig ist. Hingegen wäre ihr die Ausübung einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit mit nur ausnahmsweise Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne länger dauernde Zwangshaltungen oder bermassigen Bewegungsausmass des Rumpfes mit einem Pensum von 80 %, beziehungsweise mit einer Leistungseinschränkung von 20 % bei ganztägiger Tätigkeit, zumutbar.

## E. 5

5.1 Im Gesundheitsfall hätte die Beschwerdeführerin weiterhin als Büglerin zu einem Pensum von 100 % - entsprechend 43 Stunden pro Woche - gearbeitet (vgl. Urk. 8/9 S. 3). Aus der Lohnabrechnung für den Monat April 2006 ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin neben einem Stundenlohn von Fr. 21.-- eine Ferienentschdigung von 8.33 % erhielt. Daraus ergibt sich unter Berücksichtigung von einem Ferienbezug von vier Wochen pro Kalenderjahr ein Valideneinkommen von rund Fr. 46'955.-- ( $(21 + 8.33\%) \times 43 \times [52 - 4]$ ).

5.2 Unter Zugrundelegung eines durchschnittlichen Monatseinkommens von Fr. 4'019.-- (inklusive Anteil 13. Monatslohn) im Jahre 2006 (LSE 2006 S. 25, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4) und der damals betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 6-2011 S. 94, Tabelle B 9.2) ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 80 % ein Jahreseinkommen von rund Fr. 40'222.--.

Die Frage, ob und in welchem Ausmass dieser statistische Lohn zu korrigieren ist, hängt von den gesamten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad; BGE 126 V 75). Wegen ihrer Behinderung ist die Beschwerdeführerin auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit gesundheitlich nicht beeinträchtigten Bewerberinnen und Bewerbern benachteiligt, was sich negativ auf das Lohnniveau auswirkt. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Herabsetzung des statistischen Lohnes um 10 % entspricht der Praxis in vergleichbaren Fllen und ist somit angemessen. Dies führt zu einem hypothetischen Invalideneinkommen von rund Fr. 36'200.--.

5.3. Aus dem Vergleich der beiden Einkommen (Valideneinkommen: Fr. 46'955.--; Invalideneinkommen: Fr. 36'200.--) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 10'755.--, mithin ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von rund 23 %, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

6. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Tobias Figi
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- SwissLife, Service Center, Postfach, 8022 Zürich

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.