

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00866 vom 27. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00866

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00866 du 27 mars 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00866 del 27 marzo 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 Erw. 3a mit Hinweis).

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

a. ihre Erwerbsunfähigkeit 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. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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).

1.4. 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).

1.5. Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze 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 prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende 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.).

2. Gestützt auf das F.____-Gutachten (Urk. 8/173) stellte die Beschwerdegegnerin fest, die Beschwerdeführerin sei in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

Dem hält die Beschwerdeführerin entgegen, es könne auf das F.____-Gutachten nicht abgestellt werden, sondern es sei vielmehr aufgrund der Berichte von Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, vom 22. Juli 2008 (Urk. 8/155 S. 32-39) und Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie, vom 21. November 2008 (Urk. 8/159 S. 1-10) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 1 S. 1-2).

E. 3

3.1. Mit Entscheid vom 12. Dezember 2006 (Urk. 8/145) hielt das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen verbindlich fest, dass bezüglich

Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht auf die Beurteilung von Dr. med. I.____, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, datiert vom 21. Dezember 2004 (Urk. 8/79), und in psychiatrischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. med. E.____ vom 23. August 2005 (Urk. 8/113) abzustellen sei (Urk. 8/145 S. 8-9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In somatischer Hinsicht diagnostizierte Dr. I.____ in seinem Arztbericht vom 21. Dezember 2004 (Urk. 8/79 S. 1)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä A.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Rechtsseitiges Halbseitenschmerzsyndrom mit/bei:

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä aktuell kein ersichtliches somatisches Korrelat;

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä auslösender Faktor: Status nach Rückenkontusion im März 2002
Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä anlässlich eines Treppensturzes;

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung;

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä B.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Metabolisches Syndrom mit/bei:

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Adipositas Grad II;

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diabetes Mellitus Typ II;

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä arterielle Hypertonie;

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hypercholesterinämie.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der vorhandenen Beschwerden bestehe aus rheumatologischer Sicht für leichte bis mittelschwere Arbeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/79 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der anamnestischen Angaben, relevanten Befunde aus den vorhandenen Akten sowie des Untersuchungsbefunds vom 2. August 2005 konnte Dr. E.____ keine psychischen Probleme mit Krankheitswert feststellen. Dementsprechend bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weder im bisherigen Beruf noch in einer anderen, dem körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit (Urk. 8/113).

3.2 Ä Ä Ä Ä In ihrer Neuanmeldung vom 6. Oktober 2008 gab die Versicherte Rücken-, Knie-, Kopf- und Schulterschmerzen sowie Diabetes als Beschwerden an und verwies für genauere Angaben auf ihren Hausarzt Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH (Urk. 8/153 S. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 19. November 2008 (Urk. 8/158) diagnostizierte Dr. J.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronifizierte Kniegelenkschmerzen links nach sturzbedingter Kontusion/Distorsion am 14. Februar 2008, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit erheblichem fazettogenem Beschwerdeanteil L5/S1 beidseits, ungünstiger Statik bei Hyperlordose und muskulärer Dekonditionierung und Adipositas per magna (BMI 35 kg/m²). Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mass er einer arteriellen Hypertonie, einem Diabetes mellitus Typ II und einer Hyperthyreose bei (Urk. 8/158 S. 1). Die Versicherte sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seit dem am 14. Februar 2008 erlittenen Sturz (Urk. 8/155 S. 67) und bis auf Weiteres zu 100 %

arbeitsunfähig. Zu einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit äusserte sich der Hausarzt dahingehend, dass abgewartet werden müsse und eine Neubeurteilung erst nach dem geplanten Rehabilitationsaufenthalt in der K.____ möglich sei (Urk. 8/158 S. 3 Ziff. 1.6 und S. 4 Ziff. 1.9-11). Er habe die Versicherte ausserdem zur Weiterabklärung an Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie, überwiesen (Urk. 8/158 S. 1 Ziff. 1.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zuvor hatte Suva-Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, im Bericht vom 22. Juli 2008 das weitere Vorhandensein von Unfallfolgen verneint und auf die degenerativen Veränderungen im linken Kniegelenk und im unteren Wirbelsäulenbereich hingewiesen. Die Rückenbeschwerden würden dadurch eindeutig erklärt. Die im Kniegelenk anhaltenden, gleichbleibenden Beschwerden seien indes auf eine massive Selbstlimitierung und Schmerzausweitung zurückzuführen. Aufgrund der aktuellen krankheitsbedingten Befunde sei verständlich, dass keine oder höchstens eine reduzierte Arbeitsfähigkeit in einer wechselbelastenden, sitzenden Tätigkeit mit der Möglichkeit aufzustehen gegeben sei (Urk. 8/155 S. 37 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Arztbericht vom 21. November 2008 stellte Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, der die Beschwerdeführerin zwischen dem 16. Mai und dem 7. November 2008 behandelte, im Wesentlichen die gleichen Diagnosen wie Dr. J.____, ohne allerdings der Adipositas einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzuerkennen (Urk. 8/159 S. 6-7). Seit dem Unfallereignis vom 14. Februar 2008 bestehe eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Patientin könne nur kurze Strecken ohne Stockentlastung zurücklegen und werde auch in der entlastenden Ruhestellung (Sitzen und Liegen) von Rücken- und Beinschmerzen geplagt. Eine Arbeitstätigkeit, die eine irgendwie geartete körperliche Bewegung beinhaltet, sei zurzeit nicht möglich. Es bestehe die Hoffnung, dass im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung und psychosomatischen Rehabilitation eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Die diesbezügliche Prognose müsse aber angesichts des bisherigen Verlaufes eher zurückhaltend beurteilt werden. Um bestimmen zu können, ob sich die Arbeitsunfähigkeit im weiteren Verlauf reduzieren lasse, müsse der Abschluss der laufenden Behandlung abgewartet werden. Aufgrund der auffälligen Diskrepanz zwischen objektivierbarer Pathologie und invalidisierender Schmerzpräsentation empfahl Dr. H.____ eine Begutachtung durch eine hierfür geeignete Stelle, falls der anstehende Rehabilitationsaufenthalt in der K.____ nicht zu wesentlichen neuen Aspekten führen sollte (Urk. 8/159 S. 9-10).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Austrittsbericht der K.____, in welcher sich die Versicherte vom 26. November bis zum 16. Dezember 2008 aufhielt, wurden ein chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.2), nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10: E11.9), Adipositas permagna (ICD-10: E66.9), eine arterielle Hypertonie (ICD-10: I10) und ein Status nach Hypothyreose (ICD-10: E03.9) diagnostiziert. Im Rahmen des chronischen Schmerzsyndroms wurden

chronifizierte Kniegelenksschmerzen links nach sturzbedingter Kontusion/Distorsion am 14. Februar 2008, ein Status nach Hämarthros und wiederholten Kniegelenkspunktionen, eine radiologisch nachgewiesene Degeneration des femoropatellaren Gleitlagers links, ein Riss im Hinterhorn des medialen Meniskus und eine mögliche Zerrung des medialen Kollateralbandes bei mässiggradiger Degeneration femorotibial, eine Symptom- und Beschwerdeausweitung in das ganze linke Bein und auf die Gegenseite, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit erheblichem facettogenem Beschwerdeanteil L5/S1

beidseits sowie eine ungünstige Statik bei Hyperlordose und muskulärer Dekonditionierung festgehalten (Urk. 8/162 S. 1). Zum chronischen Schmerzsyndrom sei zuletzt eine zunehmende Schmerzgeneralisierung hinzugekommen. Es sei wahrscheinlich bereits nach den Unfallereignissen im Jahr 2002 zu einer gewissen Chronifizierungstendenz und zur Ausbildung einer generalisierten Schmerzsymptomatik mit konsekutiver Immobilisation, gewisser Selbstlimitierung und Ausbildung von muskulären Dysbalancen gekommen, welche wiederum eine Verschlechterung der Symptomatik nach sich gezogen hätten. Möglicherweise sei das derzeitige Beschwerdebild auch als Somatisierungsstörung zu beurteilen. Während des Rehabilitationsaufenthaltes habe sich die Versicherte psychophysisch ein wenig rekonduzieren können und sie habe Schmerz-copingstrategien erarbeiten und im Alltag teilweise auch anwenden können. Insgesamt könne nur teilweise von einem erfolgreichen Rehabilitationsverlauf gesprochen werden. Im Austrittsbericht wurde eine bis zum 5. Januar 2009 bestehende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt und darauf hingewiesen, dass noch abgewartet werden müsse, ob eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne (Urk. 8/162 S. 2-3).

3.3 Am 22. und am 27. Januar 2010 wurde die Versicherte im F. internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch begutachtet. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/173 S. 45) stellte das F. folgende Diagnosen:

1. Fortgeschrittene medial und femoropatellar betonte Gonarthrose links mehr als rechts mit/bei:

- anamnestisch Status nach Hüftarthros und wiederholten Kniegelenkpunktionen nach sturzbedingter Kontusion/Distorsion am 14. Februar 2008;

- schräg-horizontalem Riss im Hinterhornbereich des medialen Meniskus links (MRI vom 17. Mai 2008);

- zunehmender Ausweitungstendenz.

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden diagnostiziert:

2. Chronisches generalisiertes myofasciales bzw. tendomyogenes Schmerzsyndrom mit/bei:

- Fehlhaltung und diskreter skoliotischer Fehlstatik;

- initialen, nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehenden degenerativen Veränderungen;

- myostatischer Insuffizienz/muskulärer Dysbalance;

- funktionellem Hemisyndrom rechts;

3. Metabolisches Syndrom mit/bei:

- Adipositas Grad II nach WHO (BMI von 35 kg/m²);

- arterieller Hypertonie;

- nicht insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ II;

- Dyslipidämie.

4. Anamnestic Status nach Hypothyreose, aktuell ohne Substitutionsbehandlung.

5. Status nach Adnexektomie rechts mit Adhäsionslyolyse am 16. April 2002.

Aus rein internistischer Sicht bestehe weder in der zuletzt ausgeübten noch in einer sonstigen Verweigerung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/173 S. 50 Abs. 2 am Ende). Bei der rheumatologischen Untersuchung hätten bei der Versicherten, nebst dem sehr demonstrativen Schmerzverhalten, eine erhebliche Selbstlimitation und zahlreiche Inkonsistenzen imponiert. Die demonstrierten Beschwerden sowie die teilweise massive Bewegungsverminderung im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates seien deutlich variabel und klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel (Urk. 8/153 S. 50 am Ende). Aus psychiatrischer Sicht lasse sich das beklagte Schmerzsyndrom keiner eigentlichen psychiatrischen Diagnose zuordnen. Es fehle an den zentralen diagnostischen Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung und es fänden sich weder biografisch noch in den psychosozialen Umständen Hinweise für eine konversionsneurotische Schmerzgenese. Zudem sei das Schmerzsyndrom diffus beschrieben, was auch nicht einer konversionsneurotischen Störung entspreche. Trotz bestehender Schmerzsymptomatik könne somit eine psychiatrische Genese der Schmerzen oder eine anderweitig bestehende Störung mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (Urk. 8/173 S. 51-52).

In einer behinderungsangepassten, sehr leichten bis leichten, primär im Sitzen zu verrichtenden Tätigkeit ohne das Arbeiten auf Leitern, ohne das Bewältigen von Treppen und längerer Gehstrecken, ohne das Arbeiten in kniender und hockender Stellung, ohne repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich beider unteren Extremitäten und ohne das Einnehmen von Zwangshaltungen wurde bezogen auf ein Vollschichtpensum aus interdisziplinärer Sicht eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert, wobei dieses Belastungsprofil seit dem letzten Unfall im Februar 2008 gelte (Urk. 8/173 S. 52 Ziff. 7.4-5).

E. 4

4.1 Die Beschwerdeführerin bringt gegen das F.____-Gutachten zunächst vor, es könne darauf nicht abgestellt werden, sondern es sei aufgrund der Berichte von Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, vom 22. Juli 2008, von Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie, vom 21. November 2008 und der K.____, vom 22. Dezember 2008, von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Hausarzt Dr. J.____ sei heute der Ansicht, aufgrund der Entwicklung seit dem 14. Februar 2008 sei eine Wiederlangung der Arbeitsfähigkeit unmöglich geworden. Ein entsprechender Bericht könne eingefordert werden (Urk. 1 S. 1-2).

In seinem Bericht vom 22. Juli 2008 äusserte sich Dr. G.____ hauptsächlich zur Frage, ob die bestehenden Gesundheitsbeschwerden noch auf den Unfall vom 14. Februar 2008 zurückzuführen seien. Soweit er höchstens eine reduzierte wechselbelastende, sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit regelmässig aufzustehen bescheinigte (Urk. 8/155 S. 38), ist darauf hinzuweisen, dass die Begutachtung durch das F.____ im Januar 2010 und somit etwa 1,5 Jahre später erfolgte und Dr. G.____s Beurteilung sich noch auf einen Zeitpunkt bezog, in dem das einjährige Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG noch gar nicht abgelaufen war. Abgesehen davon, dass auch Dr. G.____ die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit im beschränkten

Umfang als möglich erachtete, vermag sein Bericht entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin die Beurteilung durch das F. ___ nicht in Frage zu stellen, da letztere aktueller ist.

Die von Dr. H. ___ im Bericht vom 21. November 2008 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit steht erklärtermaßen unter dem Vorbehalt des Resultats der inzwischen erfolgten Rehabilitation und der nun durchgeführten Begutachtung. Wie der Arztbericht von Dr. G. ___ ist auch derjenige von Dr. H. ___ mehr als ein Jahr älter als das F. ___-Gutachten. Angesichts der Tatsache, dass auch Dr. H. ___ auf die auffällige Diskrepanz zwischen objektivierbarer Pathologie und invalidisierender Schmerzpräsentation hinwies, vermag auch sein Bericht das F. ___-Gutachten nicht in Frage zu stellen.

Was den Austrittsbericht der K. ___ betrifft, ist zu berücksichtigen, dass darin lediglich eine bis am 5. Januar 2009 bestehende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde.

Die von der Beschwerdeführerin erwähnten Berichte von Dr. G. ___, Dr. H. ___ und der K. ___ vermögen somit die Ergebnisse der Begutachtung durch das F. ___ nicht zu entkräften. Zudem muss bezüglich Hausarztberichten und Berichten von behandelnden Spezialärzten stets der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3 b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_234/2007 vom 14. November 2007 E. 3.2). Soweit die Beschwerdeführerin sinngemäss den Beizug eines aktuellen Berichts von Hausarzt Dr. J. ___ verlangt (Urk. 1 S. 2), so können davon keine neuen Erkenntnisse erwartet werden, die das Gutachtenergebnis ernsthaft in Frage stellen würden (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d). Denn selbst wenn sich der Hausarzt nun - anders als noch im Bericht vom 19. November 2008 (Urk. 8/158) - in der Lage sähe, zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen, und aufgrund des unbefriedigenden Rehabilitationsverlaufs und der von der Beschwerdeführerin nach wie vor angegebenen Beschwerden eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigen würde, würde dies nichts daran ändern, dass aufgrund der objektiven Befunde und ohne die von den Gutachtern beobachtete Selbstlimitation eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit möglich wäre.

4.2 In der Beschwerde wird am Gutachten des F. ___ des Weiteren die Dauer und Qualität der Abklärungen bemängelt, werden einzelne Feststellungen bezüglich der rheumatologischen Untersuchungen in Frage gestellt und als unwahr, tendenziös oder verharmlosend bezeichnet (Urk. 1 S. 2-3).

Praxisgemäss kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Bundesgerichtsurteil 8C_768/2011 vom 7. Februar 2012 E. 5.3.2). Anhaltspunkte dafür, dass der zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Pathologien nicht angemessen gewesen wäre, bestehen nicht, zumal für die Abklärungen internistischer, rheumatologischer und psychiatrischer Art immerhin zwei Untersuchungstermine anberaumt worden waren (Urk. 8/173 S. 1). Mit der Begutachtung wurden im übrigen die Diagnosen und Befunde der die

Beschwerdeführerin seit Wochen und Monaten behandelnden Ärzte keineswegs entkräftet, wie dies in der Beschwerdeschrift geltend gemacht wird (Urk. 1 S. 3), sondern es wurde erstmals nach der Neuanschuldung vom 6. Oktober 2008 die Arbeitsfähigkeit verbindlich beurteilt, nachdem sich die behandelnden Ärzte dazu noch gar nicht festgelegt hatten. Dazu bedurfte es keiner überdurchschnittlich aufwendigen Abklärung.

Das ist ein medizinischer Gutachter allerdinge Anzeichen für Simulation oder Aggravation erwähnt und bei der Diagnosestellung berücksichtigt, gehört zu seiner Aufgabe als Sachverständiger (Bundesgerichtsurteil 8C_743/2011 vom 20. Dezember 2011 E. 2.4.2). Folglich spricht es entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2) nicht gegen die Objektivität des Gutachtens, wenn Dr. med. L., Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, gewisse Bewegungsabläufe in einem ungerichteten Untersuchungsgang als flüssig, das An- und Auskleiden als problemlos und das Sich-Absetzen beim Aufstehen und Absitzen als demonstrativ beschrieb und festhielt, dass bei der Funktionsüberprüfung der oberen und unteren Sprunggelenke ebenso wie während des gesamten Begutachtungsvorgangs ein ständiges Stöhnen erfolgt sei, die Versicherte aber die Frage, ob die dortigen Bewegungen schmerzhaft seien, verneint habe (Urk. 8/173 S. 33-34, 36). Wenn die Beschwerdeführerin behauptet, diese Frage explizit bejaht zu haben (Urk. 1 S. 3), so wäre dies mit ihren im Gutachten festgehaltenen allgemeinen Angaben zu Art und Lokalisation der Schmerzen (Urk. 8/173 S. 25-26, S. 33) nicht vereinbar, in denen die Fussgelenke unerwähnt blieben.

Es fehlen im übrigen Hinweise dafür, dass sich die Gutachter bei ihrer Wortwahl und bei den Hinweisen auf ihre bei der klinischen Untersuchung gemachten Beobachtungen von unsachlichen Motiven leiten liessen. Im Gegenteil fällt auf, dass Dr. L. die Beschwerdeführerin bei der rheumatologischen Untersuchung sehr genau beobachtete und im Gutachten detailliert darüber berichtete. So sei die Versicherte während der Anamneseerhebung entspannt auf einem Stuhl gesessen mit Flexion beider Hüftgelenke auf 90° und beider Kniegelenke auf zirka 75° und habe Halswirbelsäule beziehungsweise Kopf und obere Extremitäten lebhaft mitbewegt. Das Aus- und Ankleiden von Pullover und Unterhemd habe sich problemlos gestaltet, ohne dass Schonhaltungen eingenommen oder Ausweichbewegungen durchgeführt worden wären. Beim Aufstehen beziehungsweise Absitzen auf einen Stuhl habe sich die Versicherte demonstrativ mit beiden Händen beziehungsweise Armen unter wiederholten Schmerzäusserungen auf den Armlehnen abgesetzt. Im ungerichteten Untersuchungsgang sei hingegen ein flüssiges Aufstehen beziehungsweise Absitzen ohne Absetzen zu beobachten gewesen. Hose und Socken seien im Sitzen ohne wesentliche Rumpfkliniation, jedoch mit Rumpfrotation und Seitneige ausgezogen worden; beim Anziehen habe die Versicherte beidseits eine Hüftgelenksflexion von zirka 100° mit gleichzeitiger Aussenrotation von 30° durchgeführt. Das Dreipunktgangbild beschrieb Dr. L. als kleinschrittig, demonstrativ links hinkend und mit ständigen Schmerzäusserungen verbunden, das freie Gehen ohne Schuhe und ohne Gehhilfen sei ebenfalls langsam, demonstrativ links hinkend und unter Schmerzangabe im Bereich des linken Kniegelenkes sowie lumbal erfolgt und die Versicherte habe mehrfach den linken Handrücken in der Lumbalregion abgelegt (Urk. 8/173 S. 33-34).

Das eine erfahrene Rheumatologin gewisse Schmerzäusserungen und Verhaltensweisen womöglich anders interpretiert als eine der Beschwerdeführerin

nahestehende Person wie der bei der Untersuchung anwesend gewesene Sohn, ist nahe liegend und spricht entgegen der in der Beschwerdeschrift vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 2, 3) keineswegs gegen den Wahrheitsgehalt der im Gutachten festgehaltenen Beobachtungen. Auch ist der begutachtenden Fachperson zuzugestehen, dass sie in der Lage ist, zwischen objektiv begründeten und demonstrativen Verhaltensweisen unterscheiden und beurteilen zu können, ob und inwieweit ein Bewegungsablauf flüssig oder gestört ist und Ausweich- und Abwehrreaktionen bei der klinischen Untersuchung eine natürliche Reaktion auf die Schmerzen darstellen oder übertrieben sind. Selbst wenn der Sohn der Beschwerdeführerin entsprechend den Vorbringen in der Beschwerde (Urk. 1 S. 2) daran gehindert worden wäre, der Mutter beim An- und Auskleiden zu helfen, und sie deshalb dafür länger gebraucht hätte, so erweist sich die Feststellung, dieser Vorgang sei problemlos möglich gewesen, keineswegs als wahrheitswidrig, weil für die rheumatologische Gutachterin offenbar nicht die Dauer dieses Vorgangs, sondern das Fehlen von Schonhaltungen und Ausweichbewegungen entscheidend war.

Wenn die Beschwerdeführerin sich die Äusserung der Rheumatologin, der Stellenwert des Unfalls bei der Entstehung des Risses im Hinterhorn des medialen Meniskus sei retrospektiv nicht beurteilbar (Urk. 8/173 S. 40), mit der Abhängigkeit der Gutachtensstelle von ihrer Auftraggeberin zu erklären scheint (Urk. 1 S. 3), so ist dies nicht nachvollziehbar. Das dem Gutachten zugrunde liegende Auftragsverhältnis mindert jedenfalls dessen Aussagekraft nicht (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_743/2011 vom 20. Dezember 2011 E. 2.4.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3). Schliesslich kann der Beschwerdeführerin auch nicht darin gefolgt werden, wenn sie es als mit den Grundsätzen einer neutralen Begutachtung nicht vereinbar betrachtet, dass im Gutachten zu den Schmerzen und Befunden im Bereich des distalen caudalen Acromion erklärt werde, diese seien möglicherweise im Sinne eines subacromialen Impingements zu werten, könnten aber durchaus auch projektionsbedingt sein (Urk. 1 S. 2-3). Im Gegenteil spricht es für die Qualität des Gutachtens, dass darin die für die rechte Schulter in Betracht fallenden Diagnosen und Befunde, welche die Kraftlosigkeit der rechten oberen Extremität erklären könnten, diskutiert und schliesslich mit dem Hinweis auf das Fehlen von klinischen, auf eine Schonung hindeutenden pathologischen und von spezifisch positiven Befunden, von Behandlungserfolgen sowie von objektivierbaren wesentlichen Einschränkungen beim An- und Auskleiden trotz demonstrierter schmerzhafter Einschränkungen für alle Funktionsebenen im Bereich des rechten Schultergelenks verworfen werden (Urk. 8/173 S. 41-42).

4.3 Das Gutachten des F.____ erweist sich somit als überzeugend und genügt in jeder Hinsicht den für ein derartiges Beweismittel geltenden Anforderungen, weshalb auf das Gutachtensergebnis abgestellt werden kann. Dies umso mehr, als es auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen internistischer, rheumatologischer sowie psychiatrischer Art beruht, die in einer internen Konsensbesprechung ausgewertet wurden (Urk. 8/173 S. 46-54), die Vorakten und die Angaben der Versicherten umfassend berücksichtigt wurden, die Beurteilungen der medizinischen Situationen einleuchtend und widerspruchsfrei dargestellt und die gezogenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar sind.

Es sei an dieser Stelle ausserdem darauf hingewiesen, dass, auch wenn auf die von der Beschwerdeführerin erwähnten Berichte für den Zeitraum

zwischen dem am 14. Februar 2008 erfolgten Unfall und dem jeweiligen Zeitpunkt ihrer Verfassung abgestellt würde, keine invaliditätsbegründende Arbeitsunfähigkeit von mindestens einem Jahr gegeben wäre (Art. 28 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 6 ATSG, vgl. obige E. 1.3).

4.4 Die von der IV-Stelle unter Berücksichtigung eines 20%igen leidensbedingten Abzugs ermittelte rentenausschliessende Invalidität des Versicherten basiert auf Vergleichseinkommen von Fr. 51'368.-- (Valideneinkommen) und Fr. 41'094.40 (Invalideneinkommen), die anhand des in der Lohnstrukturerhebung 2008 (LSE; herausgegeben vom Bundesamt für Statistik, Tabelle TA1) für Frauen des Anforderungsniveaus 4 ausgewiesenen Zentralwerts von Fr. 4'116.-- berechnet wurden (Urk. 8/179). Angesichts der langjährigen Arbeitsabstinenz der Beschwerdeführerin und der Tatsache, dass ihr letzter Lohn bei der B. ___ AG im Jahr 2002 Fr. 3'170.-- beziehungsweise Fr. 3'434.-- (inkl. 13. Monats-lohn; Urk. 8/55 S. 2) betrug und somit sogar unter dem in der LSE 2002, Tabelle TA1 enthaltenen Zentralwert von Fr. 3'820.-- lag, ist dieses Vorgehen nicht zu beanstanden, zumal auch der nach der Rechtsprechung zulässige, hier jedoch nicht angebrachte Maximalabzug von 25 % (vgl. BGE 126 V 75) lediglich zu einem ebenfalls rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 25 % führen würde. Soweit die Beschwerdeführerin die ihr in der angefochtenen Verfügung unterstellten Einsatzmöglichkeiten als realitätsfern zu betrachten scheint (Urk. 1 S. 4), ist sie darauf hinzuweisen, dass auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt abzustellen ist, der ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften beinhaltet und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b), und dass namentlich in den Fällen, in denen die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, nach der Rechtsprechung die Tabellen ohne gemäss der LSE herangezogen werden können (vgl. BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Die gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 9. August 2010 erhobene Beschwerde ist somit abzuweisen.

5. Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Gericht kostenpflichtig. Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
- Y. ___
- 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.