

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00175 vom 17. Oktober 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-10-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00175

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00175 du 17 octobre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00175 del 17 ottobre 2012

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.???? 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).

1.3 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 Auskünfte 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 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 ziffermässig 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 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 prüfend 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.; zum Beweiswert von Expertisen der MEDAS siehe das in BGE 137 V 210 publizierte Grundsatzurteil 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011).

2. Die Beschwerdegegnerin begründet die Ablehnung des Leistungsbegehrens damit, dass bei der Beschwerdeführerin keine Invalidität vorliege. In der Vergangenheit sei keine anhaltende Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit ausgewiesen. In sehr leichten bis leichten manuellen Tätigkeiten ohne Arbeiten in kalter Umgebung, ohne

regelmäßig auftretende finger- und handgelenksbelastende Bewegungsmuster oder repetitive stereotype Bewegungsabläufe sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 2 S. 1, vgl. auch Urk. 7).

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass das Y.-Gutachten vom 2. August 2010 widersprüchlich sei und auf falschen Diagnosen beruhe. Unter Berücksichtigung ihrer somatischen und psychischen Leiden sei vielmehr von einer 100%igen Erwerbsunfähigkeit auszugehen. Bei Annahme einer 50%igen Arbeitsfähigkeit wären Validen- und Invalideneinkommen angesichts des unterdurchschnittlichen Erwerbseinkommens vor Eintritt des Gesundheitsschadens zu parallelisieren. Unter Vornahme eines leidensbedingten Abzugs von 20 % bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 61 % (Urk. 1 S. 8 ff.).

E. 3

3.1???? Zwischen Mai 2007 und Januar 2008 war die Beschwerdeführerin bei Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung gewesen. Im Bericht vom 18. April 2009 (Urk. 8/12 S. 2-5) diagnostizierte der Psychiater eine rezidivierende mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F33.11) mit Angstzuständen (ICD-10 F41.0) im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Bei wechselndem Krankheitsverlauf sei die Beschwerdeführerin bis 2008 nie beschwerdefrei gewesen. Sie habe unter vielen akuten Anfällen mit Notfallsituationen und einer problematischer Ehe gelitten, sei immer depressiv und erschöpft sowie psychosozial überfordert gewesen. Dazu habe sie unter chronischen Schmerzzuständen gelitten. Obwohl er (der Psychiater) die Beschwerdeführerin nie krankgeschrieben habe, wirkten sich eine hohe psychische und körperliche Erschöpfbarkeit, Konzentrationsstörungen sowie eine reduzierte psychische und physische Belastbarkeit einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus.

3.2???? Vom 2. Juni bis 4. Juli 2008 war die Beschwerdeführerin infolge eines depressiven Erschöpfungszustandes in der Klinik A.____ hospitalisiert. Im Bericht vom 10. Juli 2008 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 8/7 S. 16-19):

- mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11)
- Angststörung mit Krankheitsängsten, Panikattacken und agoraphobischen Ängsten (ICD-10 F41.8)
- subsyndromale Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung

Die Beschwerdeführerin, welche Kriegstraumatisierungen erlitten habe, leide seit etwa zehn Jahren unter psychischen Problemen, welche sich in häufigen Stimmungsschwankungen mit depressiven Zuständen und beschwerdefreien Phasen zeigten hätten. In den letzten sechs Monaten vor der Hospitalisierung sei der depressive Zustand immer schlimmer geworden und anhaltend geblieben, was zu Entmutigung und Hoffnungslosigkeit geführt habe. Die Beschwerdeführerin fühle sich nicht mehr in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen, sei geschwächt und dauernd müde. Auch leide sie unter verschiedenen körperlichen Beschwerden wie Druckgefühl auf der Brust, Klossgefühl im Hals, Schwindel, Schweissausbrüchen und Kribbelgefühl. Bis zu dem von der Beschwerdeführerin gewünschten Klinikaustritt habe der Schlaf deutlich verbessert werden können. Keine markante Besserung hätten dagegen die Angst- und depressive Symptomatik erfahren.

3.3???? Dr. med. B.____, ?rztlicher Direktor des Zentrums C.____, behandelte die Beschwerdef?hrerin ab 27. Februar 2008. Im Bericht vom 11. M?rz 2009 (Urk. 7/9 S. 2-5) diagnostizierte er eine seit zirka Herbst 2007 bestehende und sich auf die Arbeitsf?higkeit auswirkende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Nach Einsch?tzung des Psychiaters wirkt sich hingegen die seit Jahren bestehende Angstst?rung mit Krankheits?ngsten, Panikattacken und agoraphobischen ?ngsten (ICD-10 41.8) nicht auf die Arbeitsf?higkeit aus. Trotz Einsatz diverser Medikamentenkombinationen, st?tzender Psychotherapie sowie eines station?ren Aufenthalts sei keine Verbesserung der depressiven Symptomatik eingetreten; tendenziell sei es sogar eher zu einer Verschlechterung gekommen. Zus?tzlich best?nden multiple k?rperliche Beschwerden, teils depressionsbedingt vegetativ, teils rheumatologisch. Wichtig f?r die Krankheitsentwicklung sei sicher auch die Tatsache, dass die Beschwerdef?hrerin im Krieg schwere Kriegstraumatisierungen erlitten habe, unter denen sie bis heute leide, ohne dass die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsst?rung erf?llt w?ren. Als Symptome st?nden Energiemangel und rasche Erm?dbarkeit im Vordergrund, verbunden mit unspezifischen Symptomen wie Schwindel, diffusen Schmerzen sowie Kraftlosigkeit. Die Stimmung sei niedergeschlagen. Die Beschwerdef?hrerin empfinde sich als nutz- und wertlos. Infolge rascher Ersch?pbarkeit, Kraftlosigkeit, diffuser Schmerzen und Schwindel sei sie nur noch in der Lage, ein bis zwei Aufgaben jeweils halbtagsweise im Haushalt zu erledigen. F?r Eink?ufe ben?tige sie Begleitung. Die Arbeiten, welche in der fr?her ausge?bten T?tigkeit als Hauswartin angefallen seien, seien heute gr?sstenteils eine ?berforderung. Diesbez?glich bestehe eine 100%ige Arbeitsunf?higkeit.

3.4???? Vom 11. September bis 15. Dezember 2008 war die Beschwerdef?hrerin im Kantonsspital D.____, Rheumaklinik mit Institut f?r Physiotherapie und Poliklinik, in ambulanter Behandlung. Im Bericht vom 19. M?rz 2009 (Urk. 8/10 S. 6-10) stellten die Spital?rzte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit:

- chronisches unspezifisches Panvertebralsyndrom mit/bei
- ?? - cervicobrachialem und cervicocephalem Syndrom rechts mit Diskushernie C5/6 mit Wurzelkompression C6 rechts, zur Zeit klinisch stumm (MRI vom 4. September 2008)
- ?? - chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom mit Dys?sthesien an der linken unteren Extremit?t
- Fingerpolyarthrose beidseits
- ?? - szintigraphisch inaktiv
- Depression mit somatischem Syndrom
- Angstst?rung, Panikattacken, agoraphobische ?ngste
- subsyndromale Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsst?rung

???????? Keine Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit wurde dagegen folgenden Diagnosen beigemessen:

- metabolisches Syndrom mit/bei
- ?? - arterieller Hypertonie, Hypercholesterin?mie, Adipositas
- rezidivierenden Episoden von wandelndem akzeleriertem junktionalem Rhythmus

- Status nach zweimaliger Ferinjectinfusion am 19. und am 26. November 2008

- minimem echoarmem Saum inferior und über den rechtsseitigen Herzhöhlen

?? - Differentialdiagnose: epikardiales Fett oder minimier lokalisierter Perikarderguss (TTE vom 26. November 2008)

???????? Weiter führten die berichtenden Ärzten aus, die Beschwerdeführerin klagt einerseits über chronische Schmerzen im Nackenbereich ausstrahlend zum Teil in die Schulter rechtsbetont sowie occipital beidseits mit beidseitigen Kopfschmerzen, Steifigkeit und Parästhesien im Nackenbereich. Zudem bestünden Schulterschmerzen bei Abduktion des rechten Armes, sowohl ventral als auch dorsal, Beschwerden im Bereich der Brust- und der Lendenwirbelsäule sowie Dysästhesie im Bereich der Zehen II bis V am linken Fuss. Andererseits gebe die Beschwerdeführerin schon seit längerer Zeit bestehende, hauptsächlich morgendlich auftretende Gelenksbeschwerden im proximalen Interphalangealbereich mit rötlich livider Verfärbungen in diesem Bereich an. Schon länger sei die Beugekontraktur des Kleinfingers rechts bekannt, zunehmend auch weiterer Finger.

???????? Aufgrund der klinischen Untersuchung und der Anamnese kamen die Spitalärzte zum Schluss, dass die Diskushernie C5/6 mit Wurzelkompression C6 rechts klinisch nicht symptomatisch sei, zumal einerseits der Spurlingtest negativ sei und auch keine sensomotorischen Defizite bestünden, wobei die Beschwerdeführerin über inkonsistente dermatomübergreifende Sensibilitätsstörungen am rechten Arm berichte. Insgesamt erklärten sie die Problematik mit der Fehlstatik und einer myofaszialen Schmerzkomponente. In der Nachkontrolle vom 15. Dezember 2008 sei es unter der Ferinjectinfusion insgesamt besser geworden. Die Rückenschmerzen, insbesondere die Schmerzen im rechtsseitigen Schulterbereich und im Halswirbelsäulenbereich seien in etwa gleich geblieben. Die Beschwerden bei Fingerpolyarthrose hätten sich minim verbessert. Insgesamt bestünden unspezifische Beschwerden. Aus rein rheumatologischer Sicht wäre bei der Konsultation vom 15. Dezember 2008 für das neue Jahr eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit für leichtere Arbeit grundsätzlich möglich. Diesbezüglich verwiesen die berichtenden Spitalärzte jedoch auf den weiteren Verlauf im Rahmen der Konsultation beim Hausarzt. Zur Begründung des genauen Ausmasses der Leistungsfähigkeitsminderung empfahlen sie eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit.

3.5???? Der Hausarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Innere Medizin, wiederholte im Bericht vom 3. März 2009 die in der Klinik A.____ sowie im Kantonsspital D.____ gestellten Diagnosen (Urk. 8/7 S. 2-6). Sodann führte er aus, die sich in psychiatrischer Behandlung befindende Beschwerdeführerin leide immer wieder unter Phasen mit Depression und Panikattacken sowie unter Nackenschmerzen. Wegen verminderten Antriebs, Ängstlichkeit sowie chronischer Rückenschmerzen sei sie seit 2. Juni 2008 (Beginn der einmonatigen stationären psychiatrischen Behandlung in der Klinik A.____, vgl. Urk. 8/7 S. 16) zu 100 % arbeitsunfähig.

3.6???? Vom 11. bis zum 31. August 2009 war die Beschwerdeführerin in der Klinik F.____ zur psychosomatischen Rehabilitation hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 4. September 2009 stellten die Klinikärzte folgende Diagnosen (Urk. 8/35 S. 1-3):

- chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.2) mit/bei

?? - Cervicocephal- und Brachialsyndrom rechts bei Diskushernie C5/6 mit Wurzelkompression C6 rechts (MRI vom 4. September 2008)

?? - lumbospondyloem Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in das rechte Bein und Dysästhesien im linken Bein

- rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) mit/bei

?? - gegenwärtig mittelgradiger Episode

?? - HADS-A 16 bei Eintritt

- Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) mit/bei

?? - HADS-A 15 bei Eintritt

- Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

- Fingerpolyarthrosen beidseits (ICD-10 M15.8) mit/bei

?? - Differentialdiagnose: Dermatomyositis, Polyarthrit mit rötlich-lividen Schwellungen über den PIP- und MCP-Gelenken, Beugekontraktur des Kleinfingers links, Extensionsdefizit des Mittel- und Ringfingers rechts sowie des Mittelfingers links

- arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.00)

- anamnestisch Eisenmangel (ICD-10 E61.1)

- Nikotinabusus, kumuliert zirka 30 py (ICD-10 F17.1)

??????? Laut dem Klinikbericht bestehen seit drei bis vier Jahren Schmerzen in der Halswirbelsäule sowie Hypästhesien und Schwächegefühle in der rechten Hand. Oft treten auch Kopfschmerzen und Schwindel auf. Ausserdem leide die Beschwerdeführerin unter Schmerzen in der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in das rechte Bein, wo auch ein Schwächegefühl bestehe. Weiter bestünden rezidivierende Hypästhesien am linken Fuss, insbesondere in den Zehen III bis V. Schon seit der Kindheit bestünden diffuse Ängste, verstärkt durch Kriegserlebnisse, mit häufigem Grübeln und Konzentrationsproblemen. Die Ein- und Durchschlafprobleme hätten durch die Einnahme von Trittico etwas gebessert. In den letzten Monaten sei ein zunehmender sozialer Rückzug eingetreten. Während des Aufenthaltes habe sich die Beschwerdeführerin ein wenig psychophysisch rekonditionieren, sich einlassen sowie ansatzweise Copingstrategien für den Umgang mit Schmerz und Ängsten erlernen können. Mit der Anwendung dieser Strategien habe sie sich jedoch sehr schwer getan. Abschliessend attestierten die berichtenden Klinikärzte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 13. September 2009 und empfahlen die Weiterführung der ambulanten Psychotherapie bei Dr. B.____ sowie von Physiotherapie und medizinischer Trainingstherapie.

3.7???? Am 7. und 26. Mai 2010 wurde die Beschwerdeführerin in der MEDAS Y.____ untersucht. Im Gutachten vom 2. August 2010 (Urk. 8/26) wurde lediglich den Diagnosen einer Fingerpolyarthrose beidseits sowie einer initialen Scaphoid-Trapez-Trapezoid-Arthrose (STT-Arthrose) rechts Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt. Folgenden weiteren Diagnosen massen die Gutachter dagegen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 8/26 S. 28):

- Dysthymia (ICD-10 F34.1)

- chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom mit Akzentuierung einer Cervicocephalgie und Cervicobrachialgie mit/bei:

?? - Fehlhaltung und diskreter skoliotischer Fehlstatik

?? - myostatischer Insuffizienz/muskulärer Dysbalance

?? - initialen degenerativen Veränderungen, nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehend

?? - breitbasiger, mediolateraler bis lateraler intraforaminärer Diskushernie C5/6 rechts mit Kompression der Nervenwurzel C6 rechts (MRI vom 4. September 2008)

?? - aktuell ohne radikuläre Symptomatik

?? - multiplen Insertionstendinopathien beziehungsweise Tendinosen

?? - Ansatzendoperiostose im Bereich des Trochanter major beidseits

?? - aktuell Funktionsstörung des linken Iliosakralgelenks

- Adipositas Grad I nach Weltgesundheitsorganisation

- episodische Sinustachykardien bei akzeleriertem, junktionalem Rhythmus

- arterielle Hypertonie

???????? Nach Angaben der Beschwerdeführerin spürte diese anfänglich nur körperliche Beschwerden wie Herzrasen und Beklemmungsgefühle in der Brust beim Atmen. Später habe sie das Gefühl von Herzklopfen gehabt, gefolgt von Schwitzen und Schwindelanfällen. In den letzten Jahren habe sie sich psychisch zunehmend schlechter gefühlt. Jetzt habe sie das Gefühl, dass sie phasenweise depressiv verstimmt sei und ängste wegen der Zukunft oder der finanziellen Situation habe. Schon seit Jahren verspre sie ein nicht von einem Auslöser verursachtes Druckgefühl in der Brust. Gelegentlich würde sich dieses bei Belastung und Bewegung zu einer Art Würggefühl verstärken. Weiter habe sie das Gefühl, ständig müde und schwach zu sein, dann empfinde sie Schwindel und würde auch vermehrt schwitzen. Seit drei Jahren leide sie unter Schwindelgefühlen. Der Schwindel komme regelmässig, wenn sie zittere und einen Schweissausbruch habe. Eine Schwindelattacke dauere zwei bis drei Tage. In dieser Zeit fühle sie sich konstant schlecht. Insgesamt sei sie einfach nur erschöpft und müde, leide aber trotzdem unter Schlaflosigkeit. Sie fühle sich gedrückt, finde keine Ruhe und müsse sich zum Essen zwingen. Im Vordergrund ständen jetzt ihre Schmerzen. Sie habe regelmässig Schmerzen im Nacken, an der Schulter, im Arm sowie im Kreuz und im Lumbalbereich (Urk. 8/26 S. 12 ff.).

???????? Laut Auffassung der die Gutachter lässt sich aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verweistätigkeit (Urk. 8/26 S. 42). Bei der rheumatologischen Begutachtung imponiere eine ausgeprägte Insuffizienz insbesondere der Wirbelsäulenmuskulatur. Diese führe zusammen mit der Fehlhaltung, der diskreten skoliotischen Fehlstatik sowie den multiplen, nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehenden degenerativen Veränderungen zu einer ständigen Fehl- und Überbelastung insbesondere des Achsenorgans beziehungsweise des Schultergürtelbereiches mit konsekutiv multiplen Insertionstendinopathien beziehungsweise Tendinosen und aktuell zu einer Funktionsstörung des linken Iliosakralgelenks. Die aktuellen konventionellen Röntgendarstellungen sowohl des Achsenorgans als auch beider Schulter- und Kniegelenke ergäben zwar initiale degenerative Veränderungen, diese seien jedoch nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehend und keinesfalls dazu geeignet, die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und vor allem auch deren Ausmass in ausreichendem Masse zu erklären. Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich

keinerlei Hinweise auf eine neuroradikuläre Symptomatik ergeben. Ursächlich für die angegebenen Schmerzen im Bereich des rechten Schultergelenkes sei hingegen die erhebliche muskuläre Dysbalance im Schultergürtel rechtsbetont. Hierbei handle es sich jedoch um funktionelle Pathologien, die durch entsprechende aktive physiotherapeutische Massnahmen angegangen werden könnten. Bei klinisch deutlich imponierenden Zeichen einer Fingerpolyarthrose insbesondere im Bereich der proximalen Interphalangealgelenke (PIP) der Langfinger mit Streckdefiziten zeige die Bildgebung nur geringe degenerative Veränderungen. Ein Geschehen aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis sei sowohl klinisch als auch bildgebend und laborchemisch ausgeschlossen. Aufgrund der Fingerpolyarthrose sowie der initialen STT-Arthrose rechts sei die Beschwerdeführerin für eine Tätigkeit mit regelhaft auftretenden finger- und handgelenksbelastenden Bewegungsmustern und insbesondere für repetitive, stereotype Bewegungsabläufe in diesem Bereich sowie für mehr als gelegentliche feinmotorische Tätigkeiten nicht geeignet. Ansonsten bestehe auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet kein Gesundheitsschaden, der versicherungsmedizinisch betrachtet eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hauswartin/Reinigungsangestellte begründen könnte (Urk. 8/26 S. 42 f.).

??????? Im Rahmen der psychiatrischen gutachterlichen Untersuchung sei die Beschwerdeführerin zum Teil mit Gefühlen der Unzulänglichkeit aufgefallen. Sie habe eine situationsbezogene Affektivität gezeigt und über diverse Befindlichkeitsstörungen sowie Müdigkeit berichtet. Diese Symptomatologie könne gemäss ICD-10 im Rahmen einer Dysthymia interpretiert werden. Diese begründe aus versicherungspsychiatrischer Sicht grundsätzlich keine Arbeitsunfähigkeit. Eine anhaltende affektive Störung, welche im Rahmen einer depressiven Episode mit eigenständigem Krankheitswert auszumachen wäre, könne aus gutachterlicher Sicht zum Zeitpunkt der psychiatrischen Abklärung nicht festgestellt werden. Die Kriterien einer spezifisch isolierten Phobie, im Speziellen einer Agoraphobie seien nicht erfüllt. Die berichteten diffusen Ängste würden nicht im Sinne einer psychiatrischen Störung mit Krankheitswert interpretiert. Eine Angstsymptomatik als eigenständige Störung liege nicht vor, sondern werde im Rahmen des dysthymen Geschehens interpretiert. Im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung sei weiterhin die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung auszuschliessen. Aus psychiatrischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit vor (Urk. 8/26 S. 43 f.).

??????? Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht aufgrund ihrer Fingerpolyarthrose sowie der initialen STT-Arthrose rechts für eine Tätigkeit mit regelhaft auftretenden finger- und handgelenksbelastenden Bewegungsmustern und insbesondere für repetitive stereotype Bewegungsabläufe in diesem Bereich sowie für mehr als gelegentliche feinmotorische Tätigkeiten nicht geeignet. Bezüglich der Hände sollten nur sehr leichte bis leichte manuelle Tätigkeiten ohne das Arbeiten in kalter Umgebung (zum Beispiel in Kühlräumen) durchgeführt werden. Aus psychiatrischer Sicht liege keine invalidisierende psychiatrische Störung vor, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründen könnte. Ebenso wenig sei eine Einschränkung aus internistischen Gründen gegeben. Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte ab sofort. Für die Vergangenheit sei keine anhaltende eigenständige invalidisierende Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgewiesen. In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Hauswartin,

Reinigungsangestellte oder in einer anderen äquivalenten Verrichtungsart sei die Beschwerdeführerin, unter Berücksichtigung der oben erwähnten Schonkriterien für die Hände, voll arbeitsfähig. Ein retrospektiver anhaltender eigenständiger invalidisierender Gesundheitsschaden sei für die Vergangenheit nicht ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin sei ihrem allgemeinen Leistungsspektrum entsprechend für alle Verrichtungsarten zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/26 S. 44 f.).

3.8. In seiner Stellungnahme vom 8. Oktober 2010 führte der Hausarzt Dr. E. aus, trotz Fortführen der regelmässigen psychiatrischen Therapie bestehe immer noch eine erhebliche depressive Antriebslosigkeit, die den Schweregrad einer Dysthymia klar übersteige. Die Beschwerdeführerin könne ihren Haushalt nur mit Unterstützung der Angehörigen bewältigen. Für die Wiederaufnahme einer auch nur teilweisen ausserhäuslichen Tätigkeit fehle ihr aktuell und in absehbarer Zeit die Kraft (Urk. 8/35 S. 5).

3.9. Seit Januar 2010 befindet sich die Beschwerdeführerin im Ambulatorium des Zentrums G. in Behandlung. Im Bericht vom 10. Februar 2011 gab Dr. med. H., Stv. Oberärztin, an, im Zeitraum vom Januar 2010 bis Februar 2011 hätten folgende Symptome vorgelegen: durchgehend sehr gedrückte Stimmung mit Freud- und Interessenlosigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit und vermindertem Antrieb. Die Beschwerdeführerin sei durchgehend erschöpft, leide zudem an ausgedehnten somatischen Symptomen wie Erstickungsgefühlen, Schwitzen, Herzrasen, starker Muskelanspannung, Übelkeit und Schwindel. Diese Symptomatik sei wechselnd, jedoch ausgeprägt und durchgehend vorhanden. Zusammenfassend zeigten sich laut ICD-10-Kriterien eine mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1). Die beschriebene Symptomatik sei bisher therapeutisch kaum beeinflussbar gewesen. Betreffend eine posttraumatische Belastungsstörung zeigten sich die klinischen Merkmale von Wiederinszenierung des Erlebten im Gedächtnis und in häufigen sehr schlechten Träumen, welche die Beschwerdeführerin immer wieder als belastend und quälend erlebe. Jedoch habe sie deutliche Angst, das Erlebte anzusprechen. Es beständen durchaus auch Merkmale einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Erinnerungen an das erlebte Trauma (Kriegserlebnisse) in intensiven schlechten Träumen, teilweise jedoch auch durch Situationen, welche die Erinnerungen wachriefen (Besuch, der vom Krieg erzähle und so weiter) und die dazu führten, dass die Beschwerdeführerin den Raum verlassen müsse. Inwieweit die oben beschriebene Starre, Stumpfheit und Teilnahmslosigkeit im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung oder als depressive Symptomatik zu deuten sei, oder eine Komorbidität bestehe, sei nicht einfach abzugrenzen (Urk. 3/4).

E. 4

4.1. Gegen das MEDAS-Gutachten vom 2. August 2010 lässt die Beschwerdeführerin einwenden, die psychiatrische Untersuchung habe nach Angaben der Gutachterin lediglich zwei Stunden gedauert. Da sie der deutschen Sprache nur beschränkt mächtig sei, reduziere sich die effektive Dauer der Begutachtung auf wenige Minuten. Weiter verkenne die rheumatologische Gutachterin, dass die Tätigkeit als Hauswartin und Reinigungsangestellte mindestens eine mittelschwere Arbeit darstelle und nicht bloss eine leichte. Zudem würden bei beiden Tätigkeiten die Hände stark beansprucht, weshalb diese Berufe aufgrund der anerkannten Fingerpolyarthrose sicher nicht mehr uneingeschränkt ausgeübt werden könnten. Darüber hinaus sei die Diagnose einer Dysthymia laut den behandelnden Ärzten falsch. Vielmehr besteht eine mittelgradige depressive Episode nach ICD-10 F32.1 (Urk. 1

S. 9 f.).

4.2???? Hinsichtlich der Dauer der psychiatrischen Untersuchung in der MEDAS ist festzuhalten, dass es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes rechtsprechungsgemäss nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Bundesgerichtsurteil 9C_170/2009 vom 6. Mai 2009 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Deutschkenntnisse der Beschwerdeführerin reichten laut Angabe der psychiatrischen Konsiliarärztin zur problemlosen Erhebung der psychiatrischen Anamnese aus (Urk. 8/26 S. 15, S. 29). Selbst die Therapiegespräche bei den behandelnden Psychiatern wurden sowohl im ambulanten als auch im stationären Rahmen ohne Beizug eines Dolmetschers durchgeführt, was gleichermassen auf genügende Sprachkenntnisse der Beschwerdeführerin hinweist. Weiter setzte sich die MEDAS-Gutachterin eingehend mit den Beurteilungen der behandelnden Ärzte auseinander. Insgesamt liegen daher keine konkreten Hinweise dafür vor, dass sich die Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität des psychiatrischen Teilgutachtens ausgewirkt hätte.

4.3???? Auch die vom MEDAS-Gutachten vom 2. August 2010 abweichenden Einschätzungen des Hausarztes und der behandelnden Psychiater vermögen die Beweiskraft der Expertise nicht zu erschüttern. Einerseits liegt es in der Natur der Sache, dass einer psychiatrischen Einschätzung notwendigerweise ein erheblicher Beurteilungs- und Ermessensspielraum inhärent ist. Andererseits ist es wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten medizinischen Experten rechtsprechungsgemäss nicht geboten, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderen Einschätzungen gelangen als eine MEDAS. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.4 mit Hinweisen). Solches liegt hier nicht vor, berücksichtigten die Gutachter doch sämtliche von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden sowie die von den behandelnden Ärzten erhobenen Befunde. Die von der psychiatrischen Konsiliarärztin gestellte Diagnose einer Dysthymia ist ausführlich begründet (Urk. 8/26 S. 30 ff.) und kann durchaus nachvollzogen werden.

4.4???? Hinsichtlich der auf die Fingerpolyarthrose sowie die initiale STT-Arthrose rechts zurückzuführenden Einschränkungen ist festzuhalten, dass die rheumatologische Konsiliarärztin bei der Einschätzung einer weiterhin uneingeschränkten möglichen Ausübung der angestammten Tätigkeit die in der MEDAS erhobene Arbeitsanamnese mitberücksichtigte (Urk. 8/26 S. 28). Laut den im Gutachten vom 2. August 2010 wiedergegebenen Angaben der Beschwerdeführerin unterstützte sie teilzeitlich in wechselndem Pensum als Hauswartin beziehungsweise als Hauswartvertretung ihren Ehemann. Parallel dazu betätigte sie sich offenbar hauptberuflich als Reinigungsangestellte auf Stundenbasis. Zur Arbeitsanforderung befragt berichtete sie, dass sie Büroräumlichkeiten und sanitäre Anlagen gereinigt habe. Ihr Aufgabenbereich habe Staub saugen, Böden und Toiletten reinigen, Abfallkübel leeren, kleinere Aufräumarbeiten und Kaffeemaschine säubern sowie auffüllen, umfasst. Die Tätigkeit habe sie nicht als

körperlich besonders anstrengend empfunden. Sie sei auch nicht stressig oder psychisch belastend gewesen (Urk. 8/26 S. 9). Unter diesen Umständen ist die Einschätzung der MEDAS-Gutachterin nicht zu beanstanden, wonach die angestammten Tätigkeiten als Hauswartin und Reinigungsangestellte der Beschwerdeführerin trotz der eingeschränkten Belastbarkeit der Hände nach wie vor vollumfänglich zumutbar seien.

4.5. Zusammenfassend erfüllt das MEDAS-Gutachten vom 2. August 2010 sämtliche von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien (E. 1.5): Es ist für die Beantwortung der relevanten Fragen umfassend, beruht auf den erforderlichen Abklärungen, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen auseinander (Urk. 8/26 S. 12 ff. S. 20, S. 41 f.). Auch wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den wichtigsten Vorakten abgegeben (Urk. 8/26 S. 2-6, S. 29, S. 34 ff. und S. 45) und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein.

6. Von der Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; vgl. Urk. 1 S. 7 und Urk. 8/10 S. 10) sind keine weitergehenden Erkenntnisse zu erwarten. Einerseits sind die festgestellten degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule nicht symptomatisch. Vielmehr führten die MEDAS-Gutachter die geklagten Beschwerden im cervicobrachialen und cervicocephalen Bereich auf die erhebliche muskuläre Dysbalance im Schultergürtel zurück (Urk. 8/26 S. 43; vgl. auch Urk. 8/10 S. 8). Im Sinne von Gesetz und Rechtsprechung liegt aber kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, solange durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche Verbesserung der psychischen und/oder physischen Befindlichkeit und damit der durch diese eingeschränkten Arbeitsunfähigkeit bewirkt werden kann (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil I 955/05 vom 6. November 2006 E. 3.3.2). Da der Beschwerdeführerin eine Rekonditionierung zumutbar und von den Ärzten des Kantonsspitals D. ___ denn auch empfohlen wurde (Urk. 8/10 S. 9), sind keine Einschränkungen bei der Berufsausübung zu berücksichtigen welche auf die inzwischen eingetretene Dekonditionierung zurückzuführen sind. Andererseits fielen in der rheumatologischen Untersuchung eine Verdeutlichungstendenz sowie eine gewisse Selbstlimitation auf (Urk. 8/26 S. 26), was zusammen mit der psychischen Problematik eine vergleichsweise niedrigere Zuverlässigkeit der Testergebnisse und rechtsprechungsgemäss eine dementsprechend niedrigere Aussagekraft der Schlussfolgerungen einer EFL-Abklärung erwarten lässt (vgl. dazu etwa die Bundesgerichtsurteile 8C_547/2008 vom 16. Januar 2009 E. 4.2.1, 8C_125/2009 vom 27. April 2009 E. 3.2.2, 9C_512/2009 vom 25. November 2009 E. 5.2 und 5.3 sowie 8C_502/2010 vom 21. Juli 2010 E. 4.2.1).

7. Ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der vollzeitlichen Ausübung ihrer angestammten Tätigkeiten als Hauswartin und Reinigungsangestellte trotz ihrer Beschwerden nicht dauerhaft wesentlich eingeschränkt ist und war (Urk. 8/26 S. 44 f.), verneint die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu Recht, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

8. 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

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.