

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00100 vom 30. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00100

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00100 du 30 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00100 del 30 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1958 und Mutter einer erwachsenen Tochter und eines erwachsenen Sohnes (Urk. 7/17 Ziff. 2.3, Ziff. 3.1), war zuletzt seit 1. Mai 2002 beim Y.____ als nebenamtliche Hauswartin (vgl. Urk. 7/31), vom 3. Oktober 2007 bis 29. April 2009 als Reinigungskraft bei der Z.____ (vgl. Urk. 7/17 Ziff. 5.4, Urk. 7/7/3-20) und vom 1. September bis 30. November 2008 bei A.____ als Haushaltshilfe angestellt (vgl. Urk. 7/29). Aufgrund von Beschwerden im Nacken, Rücken, Gelenk und Fuss wurde ihr seit dem 26. November 2008 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 7/7/21-31). Die Helsana Versicherungen AG als zuständige Krankentaggeldversicherung erbrachte in der Folge Taggeldleistungen (vgl. Urk. 7/5) und die Versicherte wurde von ihrer Hausärztin, welche sie vom 1. bis 13. Februar 2009 in der Rheumaklinik des B.____ im Rahmen eines Arbeitsassessments begutachten liess (vgl. Bericht vom 3. März 2009; Urk. 7/4), am 17. August 2009 mit dem Formular Früherfassung bei der Invalidenversicherung gemeldet (Urk. 7/8). Nachdem die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, die Versicherte mit Schreiben vom 16. September 2009 dazu aufgefordert hatte, das Anmeldeformular auszufüllen (Urk. 7/13), meldete sie sich am 28. September 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/17).

Die IV-Stelle holte in der Folge medizinische Berichte (Urk. 7/24-25, Urk. 7/35), Arbeitgeberberichte (Urk. 7/29, Urk. 7/31) sowie einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 7/22) ein und liess die Versicherte durch ihren internen Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) psychiatrisch untersuchen (Bericht vom 6. August 2010; Urk. 7/40). Ferner

holte

sie bei der MEDAS C.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 27. Juni 2011 erstattet

wurde (Urk. 7/51).

Mit Vorbescheid vom 15. August 2011 stellte die IV-Stelle die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht (Urk. 7/57). Dagegen erhob die Versicherte am 13. September 2011 Einwände (Urk. 7/62). Die IV-Stelle holte in der Folge eine Stellungnahme bei der MEDAS C.____ ein (vgl. Urk. 7/65-66), zu welcher sich die Versicherte mit Eingabe vom 1. November 2011 vernehmen liess (Urk. 7/68). Am 12. Dezember 2011 erging die Verfügung, mit welcher ein Rentenanspruch verneint wurde (Urk. 7/70 = Urk. 2).

E. 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.

E. 1.2

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.

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebe nenfalls 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).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zu sammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.5

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkom mensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffern mässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen An nä he rungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenom men, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annä herungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypotheti sche Er werbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das In validen einkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt. Diese Berech nungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhält nisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 Prozent (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (so ge nannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a S. 313; Urteil des Bundesgerich ts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E.

10.2.1 mit Hinweis). 2.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer angestammten wie auch in einer Verweistätigkeit vom 22. September 2009 bis 16. Juni 2010 vollständig arbeitsunfähig gewesen sei und seither keine IV-relevante Einschränkung mehr bestehe, weshalb die Wartezeit von einem Jahr nicht erfüllt sei (Urk. 2 S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) im Wesentlichen auf den Standpunkt, sie sei aus psychiatrischer Sicht wegen der generalisierten Angststörung in jeder Tätigkeit zu mindestens 50 % eingeschränkt, wobei noch abzuklären sei, inwieweit sie aus psychiatrischer Sicht die notwendigen Ressourcen habe, trotz ihrer subjektiv erlebten Schmerzen (die Krankheitswert hätten) und abgesehen von der generalisierten Angststörung einer Arbeit nachzugehen (S. 7).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente, mithin die Arbeitsfähigkeit und der Invaliditätsgrad. 3. 3.1

Auf Zuweisung der Hausärztin der Beschwerdeführerin und zur Festlegung der Arbeitsfähigkeit sowie Evaluation der weiteren Arbeitsfähigkeit erfolgte vom 11. bis 13. Februar 2009 ein Arbeitsassessment in der Rheumaklinik des

B. (Bericht vom 3. März 2009; Urk. 7/4). Als Diagnose wurde ein chronisches zerviko- und lumbospondylogenes Syndrom rechtsbetont mit muskulärer Dysbalance, mit einer Diskusprotrusion C6/6 mit möglichem Nervenwurzelkontakt C6 beidseits und

bei elektromyographischen Zeichen einer früheren leichten Wurzelschädigung C6 ohne Hinweise auf eine frische Läsion (S. 1), genannt.

Es wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin leide seit drei bis vier Monaten an Schmerzen im Nacken- und Schultergürtel bis zu den Armen rechtsbetont, an Schwindel und Nausea sowie an belastungsabhängigen Fusssohlenschmerzen. Bei den Tests habe die Beschwerdeführerin

im Wesentlichen eine schlechte Leistungsbereitschaft gezeigt, die demonstrierte Belastbarkeit sei nur minimal und es sei eine deutliche Selbstlimitierung mit fünf Inkonsistenzpunkten festgestellt worden. Infolge erheblicher Symptomausweitung seien die Resultate von den ergonomischen Tests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können, als bei den Tests gezeigt worden sei. Aus somatischer Sicht lasse sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden anlässlich der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung nur ungenügend erklären. Daher habe sich die Ermittlung der Arbeitsfähigkeit auf medizinisch-theoretische Überlegungen gestützt, ergänzt durch die Beobachtungen bei den Leistungstests (S. 3 Ziff. 1).

Die Ärzte attestierten der Beschwerdeführerin eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Arbeitstätigkeit von 100 %, wobei sie ausführten, dass die Arbeitsfähigkeit schrittweise innert zwei bis vier Wochen bis zur vollen Arbeitsfähigkeit zu steigern und längerfristig mit der Erhaltung einer vollen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Arbeitstätigkeit zu rechnen sei (S. 3 Ziff. 1.1). Mindestens leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten seien ganz tags zumutbar (S. 3 Ziff. 1.2). 3.2

Mit Bericht vom 9. Oktober 2009 (Urk. 7/24) diagnostizierte Dr. med. E.____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine depressive Entwicklung, zur Zeit mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), ein zervikales Schmerzsyndrom und Rückenschmerzen (Ziff. 1.1). Sie empfahl die Weiterführung der am 22. September 2009 begonnenen ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung in der Muttersprache der Beschwerdeführerin und attestierte in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 22. September 2009 und bis auf weiteres (Ziff. 1.5-6). 3.3

Dr. med. F.____, Fachärztin für Physikalische Medizin, welche die Beschwerdeführerin seit November 2008 behandelte, berichtete der Beschwerdegegnerin am 9. Oktober 2010 (Urk. 7/25).

Als Diagnose nannte sie ein chronisches zervikales/vertebrales und rezidivierendes zervikales/radikuläres Reizsyndrom C6 links bei Diskushernie C5/6 mit Wurzelschädigung C6 links, eine bilaterale Protrusion C6/7, ein Carpal-Tunnelsyndrom beidseits, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Fehlhaltungen und Fehlbelastung der Wirbelsäule, eine sekundäre Generalisierungstendenz sowie eine depressive Entwicklung (Ziff. 1.1).

Sie attestierte der Beschwerdeführerin vom 26. November 2008 bis 31. August 2009 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und bezifferte die Arbeitsfähigkeit in angestammter wie auch in angepasster Tätigkeit ab 1. September 2009 und bis auf weiteres mit 50 % (Ziff. 1.6-7).

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin führte Dr. F.____ am 23. Februar 2010 (Urk. 7/33)

ergänzend aus, die Arbeitsunfähigkeit zu 100 % bis 31. August 2009 sei wegen Zervikalgie/beziehungsweise Zervikobrachialgie festgelegt worden. Die Schmerzen seien nicht nur im Nackenbereich vorhanden sondern es bestünden auch Zervikobrachialgien mit Ausstrahlungen in beide Arme, vorwiegend rechts. Die angestammte Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin nicht mehr ausüben. Neuerdings stünden die Schwindelbeschwerden mit wiederholtem Schwankschwindel im Vordergrund. Allerdings könnten die radiologisch multiplen unspezifischen mikroangiopathischen

Marknageldemialinierungen, deren Ursache noch unklar sei, für den Schwindel verantwortlich sein. Unter diesen Umständen sei eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit noch nicht vorauszusehen (S. 1). 3.4

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH vom RAD, berichtete am 6. August 2010 gestützt auf die psychiatrische Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 16. Juni 2010 (Urk. 7/40). Er nannte folgende Diagnosen (S. 5 Ziff. 9): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und leichte depressive Reaktion (ICD-10 F32.0) bei chronischem

zervikalem/vertebralem und rezidivierendem zervikalem/radikulärem Reizsyndrom - Diskushernie C5/C6 mit Wurzelschädigung C6 links - bilaterale Protrusion C6/C7 - Carpal-Tunnelsyndrom beidseits - chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Fehlhaltung, Fehlbelastung der Wirbelsäule, Übergangswirbel L5 Er führte aus, bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich nur ein mässig ausgeprägtes, sicherlich reaktives depressives Syndrom im Rahmen einer chronifizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, für welche nach den vorliegenden somatischen Befunden kein

ausreichendes organisches Korrelat bestehe, gezeigt. Die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin werde nach ihrem Selbstverständnis vorwiegend durch die allseitigen Schmerzen und Beschwerden des muskulo-skeletalen Systems sowie eines - vermutlich Kreislauf bedingten - Schwindelsyndroms verursacht. Eine schwere psychiatrisch relevante Symptomatik sei von der Beschwerdeführerin nicht geschildert worden. Es sei jedoch nachvollziehbar, dass das ständige Erleben massiver körperlicher Beschwerden zu einer bislang milden depressiven Entwicklung geführt habe, insbesondere da die somatischen Behandlungsansätze keine wesentlichen Verbesserungen erbracht hätten (S. 5 Ziff. 10). Aus psychiatrischer Sicht bestehe bei der Beschwerdeführerin derzeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit einer milden depressiven Reaktion, welche keine relevante Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Aufgrund der von der Beschwerdeführerin geklagten massiven Schmerzsymptomatik mit den neurologischen Symptomen wie Schmerz, Taubheit, Schwindel, erscheine eine umfassende Abklärung sinnvoll (S. 5 Ziff. 11). 3. 5

Die Beschwerdegegnerin gab in der Folge ein polydisziplinäres Gutachten bei der MEDAS C.____ in Auftrag. Das Gutachten datiert vom 27. Juni 2011 (Urk. 7/51 /1-17) und ist von Dr. med. H.____, Rheumatologie FMH, und Dr. med. I.____, Allgemeine Medizin FMH, unterzeichnet. Bestandteil des Gutachtens bildet ein rheumatologisches Konsilium von Dr. med. J.____, FMH Rheumatologie (Bericht vom 15. März 2011; Urk. 7/51/20-28) so wie ein psychiatrisches Konsilium von pract. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Bericht vom 4. Mai 2011; Urk. 7/51/30-39).

Die Gutachter nannten als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ein chronifiziertes fibromyalgiformes Ganzkörperschmerzsyndrom ohne adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat beziehungsweise einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung, ferner ein

panvertebrales Schmerzsyndrom, eine arterielle Hypertonie sowie einen Verdacht auf eine leichte bis mittlere depressive Störung (S. 15 Ziff. 4.1-2).

Die Gutachter führten weiter aus, die Beschwerdeführerin habe anlässlich der jetzigen Abklärungsuntersuchungen vor allem über Rücken- und Schulterschmerzen sowie Schwindel geklagt und ausgeführt, sie habe eigentlich überall Schmerzen, welche immer vorhanden seien. Schmerzlindernde oder verstärkende Faktoren habe die Beschwerdeführerin nicht angegeben. Der Schwindel komme einfach so, beim Aufstehen oder auch beim Liegen im Bett, vielleicht eine halbe Stunde oder länger dauernd, mit der Zeit beruhige sich dann alles und der Schwindel verschwinde wieder (S. 14 oben).

Bezüglich der geklagten generalisierten Körperschmerzen leide die Beschwerdeführerin gemäss aktueller fachärztlicher rheumatologischer Beurteilung vor allem an einem chronischen diffusen therapierefraktären fibromyalgiformen Ganzkörperschmerzsyndrom ohne adäquates Substrat am Bewegungsapparat, wobei aufgrund des grotesken Schmerzverhaltens der Beschwerdeführerin eine adäquate rheumatologische Untersuchung nicht durchführbar gewesen

sei. Diagnostisch sei ein zusätzliches Panvertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlstatik, Haltungsinsuffizienz, muskuläre Dysbalance, Dekonditionierung und eine Adipositas vom Schmerzsyndrom abgrenzbar. In Berücksichtigung der effektiv objektivierbaren Befunde seien die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin, welche ausgeprägte Diskrepanzen gezeigt habe, aus rheumatologischer Sicht nicht erklärbar. Eine nennenswerte Funktionseinschränkung oder Arbeitsunfähigkeit sei somit den Bewegungsapparat betreffend nicht zu begründen (S. 14 unten).

In psychiatrischer Hinsicht stehe eine generalisierte Angststörung im Vordergrund, möglicherweise ausgelöst durch die lebensgefährliche Erkrankung des Ehemannes im Jahr 2004 und auch unter Mitbeteiligung der erlebten Todesfälle von vier ihrer sechs Kinder. Diese erreiche wegen der Schwere ihrer Ausprägung wesentlichen Krankheitswert. Die Angst nehme im Alltag der Beschwerdeführerin einen grossen Raum ein und schränke ihren Aktionsradius sehr ein. Wenn auch aktuell die Symptome/Kriterien einer Depression als erfüllt zu betrachten seien, liesse sich in Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte sowie der eher unauffällig wirkenden Psyche anlässlich der jetzigen Untersuchung die Diagnose einer leichten bis mittelschweren depressiven Störung nur als Verdachtsdiagnose und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Aus psychiatrischer Sicht sei bei im Wesentlichen unverändertem psychischem Gesundheitszustand seit der IV-Anmeldung vom 28. September 2009 der Beschwerdeführerin aufgrund der Angststörung eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für jede in Frage kommende berufliche Tätigkeit zu attestieren. Die geklagten Schwindelbeschwerden vermöchten bei unauffälligem Neurostatus keine zusätzliche Einschränkung zu begründen (S. 15 oben).

Zusammenfassend attestierten die Gutachter aufgrund der generalisierten Angststörung der Beschwerdeführerin sowohl in angestammter Tätigkeit im Reinigungsdienst beziehungsweise als Hauswartin sowie auch in allen anderen allenfalls in Frage kommenden Berufsarbeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit seit 28. September 2009 (S. 16 Ziff. 5.1, Ziff. 5.2, Ziff. 5.4). 3.6

Dr. G. ___ vom RAD nahm am 6. Juli 2011 (Urk. 7/55/1-3) zum Gutachten der MEDAS C. ___ vom 27. Juni 2011 Stellung. Er führte aus, das Gutachten sei in Bezug auf die somatischen Teiluntersuchungen umfassend (S. 1 unten). Hingegen könne aus Sicht des RAD nicht auf den psychiatrischen Teil des MEDAS-Gutachtens abgestellt werden. Die wenigen Hinweise auf eine Angststörung der Beschwerdeführerin bei weitestgehend fehlenden Spontanangaben dazu in den Schilderungen der Beschwerden würden nicht ausreichen, aktuell und rückblickend eine generalisierte Angststörung zu diagnostizieren (S. 2 oben). Somit könne weiterhin auf die anlässlich der psychiatrischen Untersuchung des RAD festgestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, überwiegend wahrscheinlich ausgelöst durch die schwere Erkrankung des Ehemannes, und einer im Verlauf hinzutretenden depressiven Störung, anfangs mittelgradig, derzeit noch leicht ausgeprägt, ausgegangen werden (S. 2 unten). 3.7

Die MEDAS-Gutachter nahmen auf Anfrage der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 11. Oktober 2011 (Urk. 7/66) Stellung zu den von der Beschwerdeführerin anlässlich des Einspracheverfahrens

erhobenen Einwänden (vgl. Urk. 7/62) und führten aus, das erwähnte fibromyalgiforme

Ganzkörperschmerz syndrom sei aufgrund eines aus rheumatologischer Sicht fehlenden adäquaten Substrates am Bewegungsapparat (nicht objektivierbar er Gesundheitsschaden) unter den Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf geführt. Bezüglich somatoformer Schmerzstörung sei lediglich ein entsprechen der Verdacht geäussert worden, weshalb die Diagnose möglicherweise, nicht aber überwiegend wahrscheinlich , vorliege . Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich deshalb dadurch nicht begründen. Von der psychischen Verfassung her sei der Beschwerdeführerin somit trotz der subjektiv erlebten Schmerzen zumutbar , einer Arbeit nachzugehen, wobei sie aufgrund der generalisierten Angststörung eine 50%ige Einschränkung in ihrer Arbeitsfähigkeit erleide (S. 1 f.). 3.

E. 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.

E. 4.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das MEDAS-Gutachten vom 27. Juni 2011 (vorstehend E. 3.5) auf den für die strittigen Belange um fassenden und allseitigen Untersuchungen beruht und die von der Beschwerde führerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt . Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. So machten die Gutachter darauf aufmerksam, dass sich die von der Beschwerdeführerin be klagten Schmerzen im ganzen Körper durch somatische Untersuchungsbefunde nicht hinreichend erklären liessen und die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung beziehungsweise einer leichten bis mittelschweren depressive Episode nicht erfüllt seien beziehungsweise nur als Verdachtsdiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen seien (S. 15 , vgl. auch vorstehend E. 3.9).

Die Gutachter zeigten zudem auf, dass die eingehende psychiatrische Exploration eine dominierende generalisierte und anhaltende Angststörung (ICD-10 F41.1) ergeben habe, welche der Schwere ihrer Ausprägung wegen wesentlichen Krankheitswert erreiche und im Alltag der Beschwerdeführerin einen grossen Raum einnehme sowie ihren Aktionsradius sehr einschränke (S. 15) . Weiter be zogen die Gutachter begründet

und nachvollziehbar Stellung zur abweichenden Einschätzung en von Dr. G.____ und Dr. E.____ bezüglich einer somatoformen Schmerzstörung und der Diagnose einer leichten bis mittelschweren depressiven Störung (S. 15 oben). Das Gutachten leuchtet sodann in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. So zeigten die Gutachter in nachvollziehbarer Weise auf, dass die Beschwerdesymptomatik möglicherweise in Zusammenhang mit der lebensgefährlichen Erkrankung des Ehemannes der Beschwerdeführerin im Jahre 2004 und unter Mitbeteiligung der erlebten Todesfälle von vier ihrer sechs Kindern zu bringen sei . Schliesslich zeigten sie auf, dass die Beschwerdeführerin lediglich in der Lage , sei im Umfang von 50 % körperliche Arbeiten zu verrichten , wobei sowohl die bisherigen Tätigkeiten im Reinigungsdienst und als Hauswartin , als auch alle anderen in Frage kommenden Berufsarbeiten möglich seien

(S. 16).

Das MEDAS -Gutachten erfüllt damit entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

E. 4.2

Demgegenüber kann auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. G.____ vom 6. August 2010 (vgl. vorstehend E. 3. 4) und vom 6. Juli 2011 (vgl. vorstehend E. 3. 6) nicht abgestellt werden. So nannte er als Diagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine leichte depressive Störung, welche keine relevante Arbeitsunfähigkeit begründen würden und verneinte das Vorliegen einer Angststörung mit der Begründung, die wenigen Hinweise und fehlenden Spontanangaben der Beschwerdeführerin würden hierzu nicht ausreichen . Daran hielt er auch nach Eingang des MEDAS-Gutachtens fest, obwohl der Gutachter nachvollziehbar darlegte, dass neun von fünf geforderten Kriterien gemäss dem ICD-Code für eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) erfüllt seien und die Angststörung (als eigenständiges Leiden) ursächlich sei für die aus rein psychiatrischer Sicht attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Ebenfalls erläuterte der Gutachter ausführlich und überzeugend , dass in Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte von Dr. E.____

sowie der eher unauffällig wirkenden Psyche anlässlich der rheumatologischen und internistischen Untersuchung und der „Sprachlosigkeit“ der Beschwerdeführerin zu ihren eigenen Gefühlen die Diagnose einer leichten bis mittelschweren depressiven Störung nur als Verdachtsdiagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen sei, wobei ähnliche Überlegungen auch für die somatoforme

Schmerzstörung gelten würden. Damit liege die Diagnose der somatoformen

Schmerzstörung nur möglicherweise aber nicht überwiegend wahrscheinlich vor.

E. 4.3

Soweit die Beschwerdeführerin rügte, es sei abzuklären, ob sie aus psychiatrischer Sicht über Ressourcen verfüge, neben der diagnostizierten generalisierten Angststörung aufgrund ihrer somatoformen Schmerzstörung einer Arbeit nachzugehen (Urk. 1 S. 5 ff.), ist ihr entgegenzuhalten, dass im

MEDAS-Gutachten lediglich ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung geäussert wurde (vgl. vorstehend E. 3.6 , E. 4.2) . Folglich ist gemäss der überzeugenden gutachterlichen Einschätzung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass eine somatoforme

Schmerzstörung vorliegt, welche eine Überprüfung der Überwindbarkeit mittels der Foerster-Kriterien im Rahmen der Überwindbarkeitsrechtsprechung (vgl. BGE 130 V 352) bedarf . Selbst bei Annahme, dass die generalisierte Angststörung eine Komorbidität oder eine Begleiterscheinung zur somatoformen Schmerzstörung darstellen würde , wie dies die Beschwerdeführerin vorbrachte ,

erübrigt sich auch hier die Prüfung der Überwindbarkeit im Sinne der Rechtsprechung , da vorliegend so wohl von den MEDAS-Gutachtern , als auch von Dr. G.____ bezogen auf eine allfällige somatoforme Schmerzstörung keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Wenn diesbezüglich schon aus medizinischer Sicht keine Einschränkung attestiert wurde, erübrigt

sich eine zusätzliche Prüfung der versicherungsrechtlichen Relevanz im Sinne der Überwindbarkeitsrechtsprechung.

E. 4.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in ihren angestammten Tätigkeiten als Raumpflegerin und Hauswartin sowie für alle anderen allenfalls in Frage kommenden Berufsarbeiten (angepasste Tätigkeiten) seit 28. September 2009 zu 50 % als arbeitsfähig zu erachten ist. 5.

5.1

Damit sind der Beschwerdeführerin die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Raumpflegerin und Hauswartin im gleichen Umfang wie in einer angepassten Arbeit zumutbar. Gemäss Feststellungsblatt ging die Beschwerdegegnerin von einer 100%igen Erwerbstätigkeit aus (Urk. 7/39/1), was angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdegegnerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens zur gleichen Zeit bei insgesamt drei Arbeitgebern mit unterschiedlichem Beschäftigungsgrad (Z. 70 %, Y. 20 %, A. 10 %, Urk. 7/17 Ziff. 5.4) gearbeitet hat, nicht zu beanstanden ist. Aufgrund dieser Tatsache genügt für die Ermittlung des Invaliditätsgrades die Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen (vgl. vorstehend E. 1.5). Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von 50 % und damit ein Anspruch auf eine halbe Rente. 5.2

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Oktober 2010 (Beginn Wartezeit 22. September 2009, Urk. 7/55 S. 4) Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat.

In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung mit der Feststellung aufzuheben, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2010 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art.

69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Damit sind insbesondere auch die Kosten erfasst, die durch die Beantwortung der vom Gericht gestellten Zusatzfragen entstanden sind (Urk.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

Auf Zuweisung der behandelnden Ärztin wurde die Beschwerdeführerin vom 5. September bis 1. Oktober 2011 in der L. ___ zur stationären interdisziplinären Schmerztherapie (Gewichtsabnahme, Schmerzreduktion, Kräftigung und allgemeine Rekonditionierung) hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 1. Oktober 2011 (Urk. 7/72/1-3) nannten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 1): - zervikales Schmerzsyndrom - chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere Episode - leichte Adipositas - Migräne - arterielle Hypertonie - prämenstruelles Syndrom -

rezidivierende Epistaxis

Die Ärzte berichteten, die Beschwerdeführerin sei stets motiviert gewesen und habe die Therapien immer regelmässig besucht. Sie habe am 1. Oktober 2010 in gutem Allgemeinzustand und leicht verbesserter Belastbarkeit in die gewohnte häusliche Umgebung entlassen werden können, wobei aus therapeutischer Sicht die Ziele nur teilweise erreicht worden seien (S. 2). 3.9

Mit Schreiben vom 28. März 2012 (Urk. 11) nahm auf Ersuchen des Gerichts Dr. K.____ von der MEDAS C.____ Stellung zu den Erwägungen des RAD vom 6. Juli 2011 (vgl. vorstehend E. 3. 6). Dabei führte er unter anderem aus, es seien neun geforderte Kriterien der Angststörung und somit fünf mehr als vom ICD gefordert erfüllt und damit Belege und Befunde gegeben (S. 1). Ausserdem habe er die Depression und die somatoforme Schmerzstörung als Verdacht sdiagnose angegeben, da er die Depression zwar für möglich halte, es sich jedoch viele (von ihm im Gutachten dargelegte n) Widersprüche gezeigt hätten und anlässlich der Exploration die Depression kaum wirklich spürbar gewesen sei. Die somatoforme Schmerzstörung sei aus zwei Gründen zum Verdacht geworden: Erstens habe die Beschwerdeführerin zwar über Schmerzen berichtet, diese aber weder auf mimische, gestische oder sonstige Art gezeigt. Zweitens seien die Symptome auch über die generalisierte Angststörung abgedeckt und erklärbar (S. 2 oben).

Eine Kommentierung der Begründung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. G.____ erübrige sich, da er von nicht nachvollziehbaren falschen Diagnosen auf Basis fehlender gründlicher und umfassender Untersuchung ausgehe (S. 2 unten). 4.

E. 11

12). 6.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Die obsiegende Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und bei einem praxismässigen Ansatz von Fr. 200.-- pro Stunde auf Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 12. Dezember 2011 aufgehoben, und es wird festgelegt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2010 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Hans Stünzi -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für

Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann Brühwiler MO/PB/MT versandt

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