

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00296 vom 28. Februar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00296

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00296 du 28 février 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00296 del 28 febbraio 2013

Erwägungen

E. 2

2.1 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 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).

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).

2.2 Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit:

a. diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und

b. die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Abs. 1).

Zu den Eingliederungsmassnahmen gehören im Rahmen der Massnahmen beruflicher Art (Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG) unter anderem Berufsberatung,

erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung und Arbeitsvermittlung (Art. 15 ff. IVG). Nach Art. 18 Abs. 1 IVG haben arbeitsunfähige (Art. 6 ATSG) Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes (lit. a) und auf begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes (lit. b).

2.3 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).

3. Anspruch

3.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass bei der Beschwerdeführerin kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden bestehe und ihr die angestammte und eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar seien. Grundlage für die Beurteilung der Invalidität bilde insbesondere das A.___-Gutachten vom 7. Juni 2011 (Urk. 2).

3.2 Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, das A.___-Gutachten vom 7. Juni 2011 weise formelle Mängel auf und sei inhaltlich nicht nachvollziehbar, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Dies ergebe sich auch aus den Berichten von Dr. B.___. Gestützt auf die vollstündigen und schlüssigen Berichte der behandelnden Ärzte sei anzuerkennen, dass ein invalidisierender Gesundheitsschaden bestehe und sie Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen sowie eine Rente habe (Urk. 1 S. 2, Urk. 14 S. 2 ff.).

3.3 Strittig und zu prägen ist, ob die Beschwerdeführerin unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet, die Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich berufliche Massnahmen und eine Rente begründen. Der (hypothetische) Beginn des Anspruchs auf eine Rente fällt hier aufgrund von Art. 29 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 29 Abs. 1 ATSG und angesichts der Anmeldung vom 24. September 2009 mit Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 7. Oktober 2009 (Urk. 6/2), frühestens ab dem 1. April 2010 in Betracht.

4. Anspruch

4.1 Nach insofern einheitlicher medizinischer Aktenlage leidet die Beschwerdeführerin seit der Kindheit an rezidivierenden, diffusen, krampfartig und akut

auftretenden Oberbauchbeschwerden, welche meistens in die linke obere Körperhälfte ausstrahlen, jedoch trotz wiederholter und eingehender somatischer Abklärung keine pathologischen Befunde ergaben. In den letzten Jahren traten ausserdem rezidivierende Schwächeanfälle mit Zittern, Schwitzen, schwarz werden vor Augen, Druckgefühl im Hinterkopf und Taubheitsgefühl im Bereich der linken Körperhälfte, vor allem im Gesicht und Kopf auf. Weiter leidet die Beschwerdeführerin an Verspannungen, chronischen Schmerzen thorakal und lumbal, im Nacken- und Hinterkopfbereich linksbetont, allgemeiner Kraftlosigkeit, allgemeinem Schwächegefühl und Hustenanfällen (Urk. 6/8 S. 6 und S. 11, Urk. 6/15 S. 7, Urk. 6/27 S. 11 f.). Gemäss dem Bericht von Dr. med. C. ____, praktische Ärztin, vom 6. November 2009, bei der die Beschwerdeführerin seit 1995 in Behandlung ist, zeigten diverse Abklärungen im Verlauf der Jahre eine somatoforme Entwicklung mit Spannungskopfschmerzen bei muskulärer Dysbalance, Obstipation, Colon irritabile und rezidivierendem lumbospondylogem Syndrom bei muskulärer Dysbalance und leichter links konvexer lumbaler Skoliose. Bei rezidivierenden abdominalen Schmerzen sei eine Koloskopie gemacht worden, die unauffällig gewesen sei. Verschiedene internistische Untersuchungen hätten kein Korrelat zu den Störungen der Beschwerdeführerin ergeben. Daher sei im Juni 2009 die Überweisung an Dr. B. ____ zur psychiatrisch-/psychotherapeutischen Behandlung erfolgt (Urk. 6/13 S. 2). Dieser führte im Bericht vom 14. Januar 2010 aus, bei der Beschwerdeführerin beständen ein chronifiziertes, aus seiner Sicht überwiegend psychogen-somatoformes Schmerzsyndrom und ein ebenfalls chronisches ängstlich-depressives Syndrom. Als die Symptomatik begünstigender und aufrechterhaltender Faktor sei eine längerfristig bestehende psychosoziale Belastungssituation zu sehen, in der sich die Beschwerdeführerin durch die gleichzeitigen Anforderungen als Mutter, im Haushalt und in ihrer Berufstätigkeit chronisch überfordert fühle. Aktuell fühle sie sich zusätzlich unter Druck gesetzt, da sie den Verlust ihres Arbeitsplatzes befürchte und seit mehreren Monaten eine kontinuierliche Arbeitsleistung nicht mehr erbringen könne. Er habe bezüglich der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 18. Juni bis 1. Juli, von 50 % vom 2. Juli bis 19. August und von 100 % ab dem 17. September 2009 attestiert (Urk. 6/15 S. 6 f.). Vom 4. Januar bis 1. Februar 2010 wurde die Beschwerdeführerin gemäss dem Austrittsbericht, datiert vom 5. Januar 2010, in der Rehaklinik D. ____ stationär im Rahmen eines Schmerzprogrammes und psychotherapeutischer Sitzungen behandelt, wobei sie kardiopulmonal und physisch mit Vermittlung eines besseren Körpergefühls und deutlich besserer Koordination profitiert habe sowie eine Schmerzreduktion von eingangs 6-7 auf 2-3 auf der 10-stufigen Visuellen Analog Skala (VAS) erreicht worden sei (Urk. 6/27 S. 7 ff.). Gemäss dem Verlaufsbericht von Dr. B. ____ vom 29. Dezember 2010 hingegen konnte durch den stationären Aufenthalt in der Rehaklinik D. ____ keine Beschwerdebesserung erreicht werden. Es beständen weiterhin multiple körperliche Schmerzen und Beschwerden mit dem Wunsch nach medizinischer Abklärung, ein chronischer psychophysischer Erschöpfungszustand sowie zwischenzeitlich schwere depressive Krisen. In Anbetracht des chronifizierten, schweren und bislang weitgehend therapieresistenten Beschwerdebildes könne in absehbarer Zeit nicht mit einer relevanten Besserung und nicht mit der Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (Urk. 6/28 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In diagnostischer Hinsicht gingen sowohl Dr. med. E. ____, Facharzt für Innere Medizin, Vertrauensarzt der Pensionskasse F. ____, im Bericht vom 5. Oktober

2009 (Urk. 6/8 S. 10), als auch die behandelnden Ärzte Dr. C. ___ im Bericht vom 6. November 2009 (Urk. 6/13 S. 1) und Dr. B. ___ im Bericht vom 14. Januar 2010 (Urk. 6/15 S. 6) von einem chronischen polytopen Schmerzsyndrom, rezidivierenden anfallsartig psychophysischen Schwächezuständen (Differentialdiagnose: psychogene Bewegungsstörung/Panikattacken), einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.2) und dem Verdacht auf eine Somatisierungsstörung aus. Die Ärzte der Rehaklinik D. ___ stellten gemäss dem Austrittsbericht vom 5. Januar 2010 im Wesentlichen die gleichen Diagnosen eines chronischen polytopen Schmerzsyndroms mit andauernder Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.80), rezidivierender anfallartiger Schwächezustände unklarer Ätiologie, einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 32.2) und des Verdachtes auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; Urk. 6/27 S. 7). Im Bericht vom 29. Dezember 2010 hielt Dr. B. ___ nebst den übrigen Diagnosen die bisher lediglich als Verdacht aufgeführte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) nunmehr als gesicherte Diagnose fest (Urk. 6/28 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch die A. ___-Gutachter Dr. med. G. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H. ___, Fachärztin für Rheumatologie, gelangten gemäss ihrem bidisziplinären Gutachten vom 7. Juni 2011 zum Schluss, dass die geklagten Beschwerden im Wesentlichen somatoform bedingt seien. Eine organopathologische Grundlage, insbesondere im Bereich eines rheumatologischen Krankheitsgeschehens, habe ausgeschlossen werden können. Ausserdem beständen ausreichend Ressourcen, um die angegebenen Beschwerden überwinden zu können. Entsprechend stellten sie die folgenden Diagnosen je ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Somatoforme, autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3), anhaltende, somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), histrionische und narzisstische Wesenszüge ohne das Vorliegen einer krankhaften Persönlichkeitsstörung, rezidivierendes Lumbosacralsyndrom bei skoliotischer Fehlhaltung der Wirbelsäule und muskulärer Dysbalance, Adipositas, multiple Tendopathien bei Hyperlaxität, beginnende Retropatellararthrose (Urk. 6/32 S. 13 f. und S. 23 f.).

4.2 Ä Ä Ä Ä Bei gegebener Aktenlage konnte somit trotz umfassender Untersuchungen kein organisches Korrelat nachgewiesen werden, welche das Ausmass der geklagten Beschwerden hinlänglich zu erklären vermocht hätte. Insbesondere korrelieren die gemäss dem rheumatologischen A. ___-Teilgutachten vom 24. März 2011 im Vordergrund stehenden Beschwerden (Urk. 6/32 S. 21) der linksseitigen Schmerzsymptomatik mit Taubheitsgefühl im Nackenbereich, Schmerzen suboccipital mit Ausstrahlung in die gesamte linke Körperhälfte und die starken abdominalen Beschwerden weder mit rheumatologischen (Urk. 6/32 S. 22 f.) noch mit internistischen Befunden (Urk. 6/13 S. 2, Urk. 6/28 S. 9). Bei der auch gutachterlich festgehaltenen linkskonvexen Skoliose der Lendenwirbelsäule (LWS) bei/mit muskulärer Dysbalance handelt es sich lediglich um eine leichte Fehlhaltung (vgl. Bericht von Dr. C. ___ vom 6. November 2009, Urk. 6/13 S. 2). Eine degenerative Veränderung der LWS und/oder eine radikuläre Beteiligung liegen nicht vor (Urk. 6/32 S. 23 ff.). Die Beurteilung von Dr. H. ___, dass aus rheumatologischer Sicht keine Erkrankung vorliege, die zu einer wesentlichen Funktions- oder Belastungseinschränkung führe, ist daher nachvollziehbar (Urk. 6/32 S. 25).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine Objektivierung der Beschwerden als Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist hingegen insbesondere dann unerlässlich, wenn es -

wie hier - Anzeichen für eine massgebliche psychische Überlagerung der Schmerzsymptomatik gibt. Denn nach der Rechtsprechung gehen in Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten allein die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer Invalidität nicht; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht gewährleisten liesse (Urteil des Bundesgerichts I 57/04 vom 3. Juni 2004 E. 2.3 mit Hinweis auf BGE 130 V 352 E. 2.2.2 mit weiteren Hinweisen). Aus rein somatischer Sicht ist daher von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (vgl. zum Belastungsprofil: Arbeitgeberbericht vom 10 November 2009, Urk. 6/12 S. 5 f.) sowie in jeder anderen körperlich leichten (Heben oder Tragen nicht über 10 Kilogramm) Tätigkeit auszugehen.

4.3.1.1

4.3.1.1 In psychischer Hinsicht gilt es zu beachten, dass nach der Rechtsprechung grundsätzlich sämtlichen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (BGE 136 V 279 E. 3.2.3) nur ausnahmsweise invalidisierender, d.h. einen Rentenanspruch begründender Charakter zukommt (Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG; grundlegend BGE 130 V 352; vgl. auch BGE 136 V 279 E. 3.2). Nicht nur die von der A.____-Gutachterin Dr. G.____ diagnostizierte somatoforme, autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3) und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; Urk. 6/32 S. 13), sondern auch die von Dr. B.____ diagnostizierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0, Urk. 6/28 S. 2) stellen solche Beschwerdebilder dar (SVR 2011 IV Nr. 26 S. 73, 9C_662/2009 E. 2.3). Dasselbe gilt für die Diagnose eines chronischen polytopen (myofaszialen) Schmerzsyndroms (Urk. 6/15 S. 6), das medizinisch ähnlich umstritten ist, wie die rechtsprechungsgemäss (BGE 132 V 65 E. 4) ebenfalls als solches Beschwerdebild qualifizierte Fibromyalgie (Poeck, Hacke, Neurologie, 12. Auflage, 2006, S. 717). Entscheidend ist, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, trotz ihren subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4; 127 V 294 E. 4b/cc in fine und E. 5a). Umstände, die bei Vorliegen eines solchen Krankheitsbildes die Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt als unzumutbar erscheinen lassen können, sind die erhebliche Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer des psychischen Leidens (Komorbidität), chronische körperliche Begleiterkrankungen mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, sozialer Rückzug, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn), unbefriedigende Ergebnisse von konsequent durchgeführten Behandlungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 132 V 65 E. 4.2.2; 130 V 352 E. 2.2.3; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_736/11 vom 7. Februar 2012 E. 1.1). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind die Voraussetzungen für eine zumutbare

Willensanstrengung zu verneinen (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). Dabei ist es nicht erforderlich, dass sich eine psychiatrische Expertise in jedem Fall über jedes einzelne der genannten Kriterien ausspricht, massgeblich ist eine Gesamtwürdigung der Situation (SVR 2005 IV Nr. 6 S. 21, I 457/02 E. 7.4 mit Hinweis, nicht publiziert in: BGE 130 V 396).

Die Gesamtheit dieser ursprünglich als fachpsychiatrische Prognosekriterien formulierten Gesichtspunkte (vgl. BGE 135 V 201 E. 7.1.2) ist zu einem rechtlichen Anforderungsprofil verselbständigt worden (Urteil des Bundesgerichts 9C_776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 2.4). Gestützt auf die fachärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotenzial haben die rechtsanwendenden Behörden zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zu erlauben. Die Prüfung schliesst die Beurteilung der Frage ein, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_736/11 vom 7. Februar 2012 E. 1.2 mit weiteren Hinweisen).

4.3.2. Hier liegt selbst ausgehend von der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.2), welche die A. ___-Gutachter gemäss dem Gutachten vom 7. Juni 2011 im Gegensatz zum behandelnden Psychiater Dr. B. ___ (Urk. 6/28 S. 2) verneinten (Urk. 6/32 S. 12 f.), nicht bereits eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor, die auf eine intensive und konstante Behinderung der Schmerzbewältigung schliessen liesse. Gemäss dem A. ___-Gutachten konnten von Dr. G. ___ keine depressiven Äquivalente erheben. Die Willensbildung sei gesteigert, der Antriebsbildung nicht gemindert. Die Beschwerdeführerin habe durchsetzungsfähig, aggressiv gestimmt und psychisch stabil gewirkt. Es seien ausreichend sthenische Komponenten vorhanden, um die Alltags- und Berufsfähigkeit zu erreichen (Urk. 6/32 S. 12). Dr. B. ___ erklärte in der Stellungnahme vom 18. Januar 2010, die Beschwerdeführerin sei in der Zeit der bisherigen psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlung seit Juni 2009 in wechselndem Schweregrad, jedoch dauerhaft klar erkennbar mit depressiven Symptomen belastet, über weite Strecken mit dem Ausprägungsgrad einer mittelschweren depressiven Störung (Urk. 6/48 S. 2). Mittelgradige depressive Episoden stellen jedoch grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar, die es der betroffenen Person verunmöglichen, die Folgen der Schmerzstörung zu überwinden (Urteil des Bundesgerichts 9C_803/2008 vom 29. Mai 2009 E. 5.3.2 mit Hinweisen; vgl. auch SVR 2011 IV Nr. 57 S. 171, 8C_958/2010 E. 6.2.2.2). Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen gelten auch grundsätzlich als therapeutisch angebar (vgl. Habermeyer/Venzlaff, Affektive Störungen, in: Psychiatrische Begutachtung, 5. Aufl. 2009, S. 193; Urteile des Bundesgerichts 9C_715/2011 vom 24. Oktober 2011 E. 5.1 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1). Zudem erklärte auch Dr. B. ___, dass die spätestens ab Ende 2009 bestehende Arbeitsunfähigkeit in erster Linie mit der Diagnose einer

Somatisierungsstörung zu begründen sei (Urk. 6/48 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch die anderen Kriterien sind nicht in qualifizierter Weise gegeben. So ist das Kriterium der chronischen körperlichen Begleiterkrankungen nicht erfüllt. Denn die Beschwerdeführerin leidet an keiner (objektivierbaren) chronischen somatischen Erkrankung von der erforderlichen Intensität, wobei als chronische körperliche Begleiterkrankung nicht gerade jenes Leiden gelten kann, welches die Beschwerden aufrechterhält (Urteil des Bundesgerichts 9C_709/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 4.1.4 in fine mit Hinweis). Auch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist nicht ausgewiesen. Zwar hat die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben gegenüber den A.___-Gutachtern kaum noch soziale Kontakte, da sie viel Ruhe brauche. Jedoch lebt sie mit ihrem Ehemann und ihrem Sohn zusammen, steht mit diesen am Morgen auf, macht für diese jeweils das Frühstück und begleitet den Sohn zur Schule. Abends kocht sie für den Sohn. Mit ihrer Familie fliegt sie einmal pro Jahr in die Ferien in den I.___ auf Besuch zu Verwandten. Sie hat ausserdem Kontakt zu einer Nachbarin, die ihr gelegentlich im Haushalt hilft, und zu einem Schwager und einer Schwägerin, die in der Nähe wohnen (Urk. 6/32 S. 9 und S. 21).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Kriterium eines primären Krankheitsgewinns mit therapeutisch nicht mehr beeinflussbarem innerseelischem Verlauf ist ebenfalls zu verneinen. Die Beschwerdeführerin ist bei Dr. B.___ weiterhin in regelmässiger psychiatrischer Behandlung. Er führte im Bericht vom 18. Januar 2012 aus, er hoffe, sie in nächster Zeit zur Fortsetzung der wegen des schleppenden Behandlungsverlaufs von ihr sistierten Psychotherapie gewinnen zu können. Geplant sei zum Beispiel die Teilnahme an einem entsprechenden teilstationären Gruppentherapieprogramm (Urk. 6/48 S. 3). Hinzu kommt, dass die psychische Symptomatik gemäss dem Bericht von Dr. B.___ vom 14. Januar 2010 durch psychosoziale Belastungsfaktoren begünstigt und aufrechterhalten wird (Urk. 6/15 S. 7), so dass bereits von einer diesbezüglichen (invalidenversicherungsrechtlich nicht zu vergütenden) Entlastung eine Besserung zu erwarten ist und ein sekundärer (nicht primärer) Krankheitsgewinn wahrscheinlich ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch wenn schliesslich das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person bejaht würde, liegt es jedenfalls nicht in genügender Intensität und Konstanz vor, um gesamthaft ausnahmsweise von einer Somatisierungsstörung auszugehen, die den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar macht.

4.3.3 Ä Ä Damit ist bei der Beschwerdeführerin trotz der von Dr. B.___ bescheinigten depressiven Symptomatik nicht von einem Ausnahmefall auszugehen. Vielmehr liegt ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage vor, das keine Invalidität zu begründen vermag. Von einer ergänzenden medizinischen Abklärung ist bei gegebener Sach- und Rechtslage kein anderes Ergebnis zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist. Dasselbe gilt für die von der Beschwerdeführerin beantragte (Urk. 1 S. 6) Einholung der zwischen dem A.___ und der Beschwerdegegnerin in anderen Fällen geführten Korrespondenz.

4.4 Ä Ä Ä Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die bidisziplinäre Einschätzung gemäss dem A.___-Gutachten vom 7. Juni 2011 (Urk. 6/32) abstellte, zumal dieses Gutachten alle

rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen erfüllt (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Die Einwände der Beschwerdeführerin dagegen lassen auf nichts Gegenteiliges schliessen. Insbesondere schadet dem Beweiswert des A.____-Gutachtens, das unter der medizinischen Verantwortung von Dr. med. J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, durch die Psychiaterin Dr. G.____ zusammen mit der konsiliarisch zugezogenen Rheumatologin Dr. H.____ erstellt wurde (Urk. 6/32 S. 18), nicht, wenn die begutachtenden Sachverständigen über keine Berufsausübungsbewilligung eines Schweizer Kantons und/oder über keinen schweizerischen Facharztstitel verfügten. Eine solche Facharztausbildung stellt nicht zwingende Voraussetzung für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachtensperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin dar. Rechtsprechungsgemäss wird auch nicht verlangt, dass der medizinische Gutachter eine FMH-Ausbildung nachweist; eine im Ausland erworbene Fachausbildung genügt (BGE 137 V 210 E. 3.3.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_997/2010 vom 10. August 2011 E. 2.4 mit Hinweisen; Urteile des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2011.00991 vom 9. November 2011 E. 4, IV.2011.00542 vom 21. März 2012 E. 4.2 und IV.2011.00336 vom 31. August 2012 E. 3.2). Auch führt eine fehlende Polizeierlaubnis nicht zu einem Beweisverwertungsverbot (Urteil des Bundesgerichts 8C_436/2012 vom 3. Dezember 2012 E. 3.2-4). Zudem hat das Bundesgericht im Leitentscheid BGE 137 V 210 E. 1.3.4, E. 1.4 und E. 2.3 erneut bestätigt, dass sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Sachverständigenutachten, der freien Beweiswürdigung unterliegen (Art. 61 lit. c ATSG).

Namentlich die fachlich-medizinische Qualifikation von Dr. G.____ ist in diesem Sinne hinlänglich gegeben. Denn dem Medizinalberuferegister (MedReg) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG; www.medregom.admin.ch; besucht am 27. Februar 2013) ist zu entnehmen, dass ihre im Jahr 1994 in Deutschland erworbene Fachausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie bereits im Jahre 2007 in der Schweiz anerkannt worden war. Ausserdem ist sie auf der Liste zertifizierter Gutachter der Swiss Insurance Medizin (SIM) als zertifizierte Gutachterin aufgeführt (vgl. <http://www.swiss-insurance-medicine.ch>; eingesehen am 27. Februar 2013). Es besteht somit kein Anlass, an der Kompetenz und Zuverlässigkeit von Dr. G.____ in ihrer Funktion als Fachärztin und Gutachterin zu zweifeln. Auch die Mitwirkung am interdisziplinären A.____-Gutachten von Dr. J.____ schadet entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 14 S. 3) nicht, da die medizinischen Untersuchungen und Einschätzungen durch die Fachärztinnen erfolgten.

Auch die Rüge der Beschwerdeführerin, das A.____ sei wirtschaftlich orientiert und versicherungsfreundlich (Urk. 1 S. 2 f.), ändert nichts an der grundsätzlichen Beweistauglichkeit des A.____-Gutachtens, zumal die in BGE 137 V 210 erkannten notwendigen Vorkehrungen zur Qualitätssicherung von Administrativgutachten (E. 3; vgl. auch Urteil des Bundesgerichtes 8C_740/2010 vom 29. September 2011 E. 5.2) nicht bedeuten, dass die nach altem Verfahrensstandard eingeholten Gutachten ihren Beweiswert ohne weiteres verlieren (BGE 137 V 210 E. 6). Auch lässt die grundsätzliche Gefahr, welche die wirtschaftliche Abhängigkeit der MEDAS für die Qualität der Gutachten birgt, nicht automatisch den Schluss auf die Befangenheit einer MEDAS zu (BGE 127 V 210 E. 3.4.2.7 mit Verweis auf E. 2.1 und E. 2.3). Zudem sind

Ausstandsbegehren gegen sÄmtliche Mitglieder einer BehÄrde nach wie vor nur zulÄssig, wenn gegen jedes einzelne Mitglied spezifische AusstandsgrÄnde geltend gemacht werden, die Äber die Kritik hinausgehen, die BehÄrde als solche sei befangen. Entsprechendes gilt auch hinsichtlich einer Medizinischen AbklÄrungsstelle (MEDAS) im Sinne von Art. 72 bis IVV (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 1 und 9C_194/2011 vom 15. September 2011 E.2, je mit Hinweisen).

AusstandsgrÄnde der A.____-Gutachter sind keine gegeben. Im Äbrigen spricht der Umstand, dass abweichende (fach-)Ärztliche Meinungen in Bezug auf die ArbeitsfÄhigkeit aus medizinischer Sicht bestehen, unter verfassungs- und konventionsrechtlichem Gesichtswinkel nicht gegen den Beweiswert des von der Beschwerdegegnerin eingeholten A.____-Gutachtens vom 7. Juni 2011 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_697/2011 vom 16. November 2011 E. 2.1).

4.5ÄÄÄÄ Somit ist die angefochtene VerfÄgung vom 8. Februar 2012, mit welcher eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung mangels eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens verneint wird, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

5.ÄÄÄÄÄ Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhÄngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. AusgangsgemÄss sind die Gerichtskosten der BeschwerdefÄhrerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.ÄÄÄÄÄÄ Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.ÄÄÄÄÄÄ Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der BeschwerdefÄhrerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.ÄÄÄÄÄÄ Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Kaspar Gehring

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÄrich, IV-Stelle

- Bundesamt fÄr Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.ÄÄÄÄÄÄ 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 Äber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wÄhrend 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).

ÄÄÄÄÄÄÄ Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

ÄÄÄÄÄÄÄ

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.