

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00821 vom 2. April 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00821

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00821 du 2 avril 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00821 del 2 aprile 2014

Erwägungen

E. 1.1

Die gesetzlichen Grundlagen zum Rentenanspruch und dessen Entstehung (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) sowie zur Berechnung bei Teilerwerbstätigen (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; Art. 28a Abs.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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.

E. 1.3

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls 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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

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 Zusammenhänge 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. 1.6

Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind - analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) - verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; Urteil des Bundesgerichts I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E.

6.2 und 128 V 93 f. E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit). Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabebereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts I 236/06 vom 19. Juni 2006 E. 3.2). 2.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden weiterhin ihrer Tätigkeit als Reinigungsangestellte zu einem Pensum von 50 % nachgehen würde. Aus ärztlicher Sicht sei ihr diese Tätigkeit zu 65 % beziehungsweise 60 %, bezogen auf ein 100%-Pensum, zumutbar. In einer leichten Verweistätigkeit in Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 5

kg, ohne Verharren in Zwangshaltungen und ohne häufige Arbeiten über der Horizontalen sei die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Im Haushalt bestehe eine Einschränkung von 42 %. Nach durchgeführtem Einkommensvergleich nach der gemischten Methode ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 21 % (S. 2 oben).

E. 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) im Wesentlichen vor, auf das eingeholte MEDAS-Gutachten könne nicht abgestellt werden (S. 9), weshalb gestützt auf die Untersuchungsergebnisse der behandelnden Ärzte sie zu 100 % arbeitsunfähig sei. Dies gelte auch für angepasste Tätigkeiten aufgrund des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der neuro-psychologisch bestätigten Depression (S.5).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

3.

E. 3

IVG) sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2). Darauf kann, mit den nachfolgenden Ergänzungen, verwiesen werden.

E. 3.1

Aufgrund chronischer Rückenschmerzen wurde die Beschwerdeführerin medizinisch abgeklärt. Dabei wurde eine Spinalkanalstenose L3/4 und L4/5 diagnostiziert und diese am 15. Oktober 2008 in der B.____ Klinik mit einer Dekompression L3/4 und L4/5 behandelt (Urk. 9/3).

E. 3.2

Am 25. November 2010 erstatteten Dr. med. C.____, Spezialarzt Orthopädie FMH, und Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, E.____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/18 S. 1-22). Sie stützten sich auf die ihnen vorliegenden Akten (S. 2 f., S. 10 f.) und die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 11 f.) und eigene Untersuchungen (S. 5-6, S. 15).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 7.1): - s ubacromiales

Impingement bei Acromioclaviculargelenksarthrose und Läsion des superioren Labrums von anterior nach posterior (SLAP-Läsion) Typ I der rechten Schulter - Verdacht auf ein Impingement der linken Schulter bei Acromioclaviculargelenksarthrose - rechtskonvexe Torsionsskoliose der Lendenwirbelsäule mit deutlicher Spondylarthrose L2 bis S1, Osteochondrose L5/S1 mit engem Neuroforamen L5/S1 links ohne neurale Kompression sowie Status nach Dekompression L3/4 und L4/5 im Oktober 2008 - Präadipositas Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Zervikalgie bei minimaler Diskusdegeneration C3/4 und paravertebraler Myogelose, einen Diabetes mellitus, einen Vitamin D-Mangel, einen Nikotinabusus sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bestehend seit etwa 2005 (ICD-10 F45.4). Die Gutachter führten aus, seit fünf Jahren bestünden bei der Beschwerdeführerin therapieresistente

Nackenschmerzen, die in beide Schultern sowie in den Kopf ausstrahlen und eine regelmässige Schmerzmittelinnahme bedingen würden. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei aber primär durch die lumbalen Schmerzen eingeschränkt. Das Ausmass der Nackenschmerzen und der abnormen Untersuchungsbefunde der Halswirbelsäule (HWS) kontrastiere mit dem altersentsprechend normalen Magnetresonanztomographie (MRI)-Befund der HWS. Ein Teil der Nackenbeschwerden könne eventuell als fortgeleitete Schmerzen der Schulter interpretiert werden, da aufgrund der pathologischen Untersuchungsbefunde und des MRI rechts ein subacromiales

Impingement bei Acromioclaviculargelenksarthrose rechts und SLAP-Läsion Typ 1 festgestellt worden sei. Bei radiologisch fehlender neuraler Kompression könne die Hypoalgesie des gesamten linken Arms nicht nachvollzogen werden. Das Ausmass der lumbalen Schmerzen im Vergleich zum präoperativen Zustand (Dekompression L3/4 und L4/5) und der pathologischen objektiven Befunde der Lendenwirbelsäule (LWS) könne durch die radiologisch sichtbare rechts konvexe Torsionsskoliose der LWS und die deutliche Spondylarthrose L2 bis S1 und die Osteochondrose L5/S1 mit relativ engem Neuroforamen L5/S1 links ohne neurale Kompression nur teilweise erklärt werden, weshalb die Ausstrahlung der Schmerzen in sämtliche Zehen nicht plausibilisiert werden könne (S. 19). Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund des generalisierten chronischen Schmerzsyndroms eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werden. Dabei trete der Schmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen (mangelnde Integration, mangelnde Sprachbeherrschung, Arbeitslosigkeit) auf. Daneben würden sich keine psychischen Störungen mit Krankheitswert feststellen lassen und die Beschwerdeführerin habe trotz den multiplen körperlichen Beschwerden keine depressiven Verstimmungen oder andere psychische Störungen entwickelt (S. 19 unten). Deshalb würden die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität und die Dauerbelastbarkeit nicht relevant beeinträchtigt und es bestehe keine Einschränkung der Schmerzverarbeitung oder Schmerzbewältigung. Da neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auch keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vorliege, verfüge die Beschwerdeführerin über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen und diese seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung ausreichend überwindbar (S. 20 oben).

Die Arbeitsfähigkeit als Reinigungskraft bezifferten die Gutachter mit 65 % bei voller Stundenpräsenz seit dem Zeitpunkt der Begutachtung (S. 21 Ziff. 8.1). Die Arbeitsfähigkeit in – näher umschriebener – leidensangepasster Tätigkeit bezifferten sie mit 100 % bei voller Stundenpräsenz (S. 21 Ziff. 8.2).

E. 3.3

Die zuständige Abklärungsperson führte am 29. Juni 2010 bei der Beschwerdeführerin eine Haushaltabklärung an Ort und Stelle durch, qualifizierte sie als zu 50 % erwerbstätig und zu 50 % im Haushalt tätig und ermittelte eine Einschränkung im Haushaltbereich von 42 % (Urk. 9/19).

E. 3.4

Dr. med. F.____, Oberärztin, G.____, führte in ihrem ärztlichen Zeugnis vom 2. Mai 2011 (Urk. 9/40) aus, die Beschwerdeführerin leide an einem generalisierten Schmerzsyndrom mit Betonung der Beine und der Wirbelsäule im Bereich des Kreuzes. Seit der Dekompressionsoperation im Jahre 2008 beklage die Beschwerdeführerin quasi permanent

neurologische Ausfälle und insbesondere ganz erhebliche Schmerzen in beiden Beinen (S. 1 Ziff. 1). Aus diesem Grund könne sie keine Reinigungsarbeiten mehr ausführen (S. 1 Ziff. 2) und auch in einer leidensangepassten Tätigkeit könne sie aufgrund der reaktiven schweren Depression andere - körperlich nicht belastende - Tätigkeiten nur schwer oder gar nicht aufnehmen (S. 1 Ziff. 3).

E. 3.5

Am 8. Juni 2011 nahm die Beschwerdeführerin an einem Vorgespräch im H.____ teil. Dr. med. I.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin FMH, und Dr. phil. klin. psych. J.____, Klinischer Psychologe und Supervisor, stellten in ihrem Bericht vom 20. September 2011 (Urk. 9/56) folgende Diagnosen (S. 1): - lumbales Syndrom mit/bei - Spinalkanalstenose L3/4 und L4/5 mit symptomatischer Claudicatio

spinalis - Dekompressionsoperation L3/4 und L4/5 am 15. Oktober 2008 - subacromiale

Impingementsymptomatik Schulter links mit/bei - Erguss intraartikulär, Bursitis subacromialis, intakte Rotatorenmanschette (Sonographie am 5. November 2009) - generalisierte Weichteilschmerzen, vor allem der unteren Extremitäten - Inguinalhernienrezidive - Adenokarzinom im intestinalen Typ - Polyarthralgien seit 7. Dezember 2009 - migräneartige Kopfschmerzen - Diabetes mellitus Typ II - Hepatitis B aktiv - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) Die Fachpersonen des H.____ gingen davon aus, dass die psychische Störung der Beschwerdeführerin Krankheitswert habe und ersuchten daher die Krankenkasse um Kostengutsprache für eine ambulante tagesklinische Behandlung mit dem Ziel, die Depression und die Schmerzen zu reduzieren (S. 3 f.).

E. 3.6

Die IV-Stelle holte bei der MEDAS A.____ (nachfolgend: MEDAS),

ein interdisziplinäres Gutachten ein, welches am 30. November 2011 (Urk. 9/57 S. 1-28) erstattet wurde. Ge stützt auf die

vom 5. bis 8. September 2011 durchgeführten Untersuchungen der Beschwerdeführerin sowie die Akten nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 unten Ziff. 5.1): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), leichte mittel gradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Status nach Dekompression einer lumbalen Spinalkanalstenose L3-5 am 15. Oktober 2008 - minimale degenerative Halswirbelsäulenveränderungen - ausgeprägte plurisegmentale lumbale Wirbelsäulenveränderungen - Periarthropathia

humeroscapularis rechts Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 21 Ziff. 5.2): - Wirbelsäulenfehlhaltung und Wirbelsäulenfehlform (Flachrücken, links konvexe

thorakolumbale Skoliose) - Haltungsinsuffizienz - Adipositas - chronische Hepatitis B-Infektion - Status nach Resektion eines malignen Sigmoidpolyps mit Mucosainvasion und Resektion im Jahre 2008 - Cefalea - arterielle Hypertonie unbehandelt - Diabetes Mellitus Typ 2 - Coxarthrose, Erstdiagnose 2007 - Vitamin D-Mangel substituiert seit 2009 - Nikotinabusus - Status nach Kürettage wegen Endometriumpolypen - Status nach

laparoskopischer Tubenligatur 1995 mit Narbenhernien 1998 und Revision, mediale Laparotomie und Netzplastik 1999 mit Lokalrezidiv - Status nach benignem Mammaknoten 1998 - Status nach Tonsillektomie 1987 - Status nach Analeingriff unklarer Art 1983 - Status nach Appendektomie in der Kindheit Sie führten aus , aus psychiatrischer Sicht sei eine etwas verlangsamte Psychomotorik festgestellt worden. Eine depressive Stimmung sei durch den Verlust des Selbstwertgefühls und eine verminderte Libido symptomatisch. Während der Untersuchung hätten sich psychomotorische Schmerzsymptome gezeigt und eine ausgeprägte Neigung zur Regression sei feststellbar. Die Handlungsfähigkeit scheine eingeschränkt. Die Krankheitseinsicht bezüglich des psychischen Leidens sei reduziert, die sozialen Fähigkeiten seien eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit zu 30 % eingeschränkt. (S. 23 Mitte). Im rheumatologischen Status würden die Befunde eines Status nach Dekompression einer lumbalen Spinalkanalstenose L3-L5 am 15. Oktober 2008, minimale degenerative Halswirbelsäulenveränderungen, ausgeprägte plurisegmentale

lumbale Wirbelsäulenveränderungen, eine Periarthropathia

humeroscapularis rechts, eine Wirbelsäulenfehlhaltung und Fehlförmigkeit, ein unspezifisches generalisiertes Schmerzsyndrom sowie eine Haltungsinsuffizienz erhoben. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer letzten Tätigkeit als Putzfrau während 8-9 Stunden täglich mit einer 40%igen Leistungseinbuße seit dem 7. September 2011 einsetzbar. In einer adaptierten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin ganztags mit einer 100%igen Leistungsfähigkeit eingesetzt werden. Als Hausfrau bestehe eine 30%ige Leistungseinbuße (S. 23 f.). Im Neurostatus könne ein diffuses Schmerzsyndrom an der Wirbelsäule sowie an den oberen und unteren Extremitäten ohne zugrundeliegende neurologische Ursachen sowie ein Status nach chirurgischer Dekompression des lumbalen Spinalkanals L3-L4 und L4-L5 ohne radikuläre Ausfälle an den unteren Extremitäten erhoben werden. Aus neurologischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (S. 24 f.). Die gastroenterologische Beurteilung habe eine chronische Hepatitis B-Infektion mit möglichem perinatalem Infekt mit inaktivem Carrier Status sowie einen Status nach Resektion eines malignen Sigma-Polypen mit Mukosa-Invasion ergeben. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (S. 25 unten). Die Beschwerdeführerin sei global in ihrem angestammten Beruf als Wäscherin seit 7. September 2011 zu 60 % arbeitsfähig (S. 26 Ziff. 7). Die Arbeitsunfähigkeit sei durch die psychiatrische und rheumatologische Pathologie begründet. Aus rheumatologischer Sicht lägen strukturelle Veränderungen vor (insbesondere Skoliose, dekontionierte Muskulatur, Einschränkung der Lendenwirbelsäulenflexion und Extension, plurisegmentale

degenerative

Lendenwirbelsäulenveränderungen). Somit würden vor allem die Rückenbeschwerden eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit als Wäscherin begründen, weil in diesem Beruf das aufgeführte Belastungsprofil nicht eingehalten werden könne. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer somatoformen

Schmerzstörung und der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode zu 30 % in jeglicher Tätigkeit eingeschränkt. Das Krankheitsbild habe sich seit der letzten interdisziplinären Begutachtung verschlimmert. Die Verschlimmerung sei der Grund für die divergierende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (100 % versus 70 %). Zwar würden sie mit

den die Beschwerdeführerin seit Juni 2011 behandelnden Ärzten diagnostisch übereinstimmen, könnten aber keine dergestaltige Beeinträchtigung objektivieren, die eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit berechtige, wie von den behandelnden Ärzten attestiert. Neurologisch könnten keine Ausfälle dokumentiert werden und auch ein Hepatitis-B Trägerstatus bewirke keine Einschränkung im Alltag und Berufsleben (S. 26 Ziff. 8).

Die Arbeitsfähigkeit in einer – aus rheumatologischer Sicht näher umschriebenen – leidensangepassten Tätigkeit bezifferten die Gutachter mit 70 % seit dem Zeitpunkt der Begutachtung, wobei aus psychiatrischer Sicht eine 30%ige Einschränkung jeglicher Tätigkeit bestehe. Neurologisch und gastroenterologisch sei die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 27 Ziff. 9).

E. 3.7

Mit Verlaufsbericht vom 26. Januar 2012 (Urk. 9/63) attestierten die Ärzte des H.____ mit Verweis auf die von ihnen gestellten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 3.5) der Beschwerdeführerin aus anästhesistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit angepasst von 50 % sowie aus wirbelsäulen chirurgischer, orthopädisch - chirurgischer und rheumatologischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In ihrer Konsensbeurteilung (somatisch und psychiatrisch) bezifferten die Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in angestammter wie auch in angepasster Tätigkeit mit 100 % (S. 5). 3.

E. 3.9

Mit Bericht vom 21. Mai 2012 (Urk. 9/70) nahmen die MEDAS-Gutachter umfassende Stellung zu der geäusserten Kritik an ihrem Gutachten (S. 1-4) und legten aus ihrer Sicht nochmals ausführlich dar, weshalb ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (angestammt 60 %, angepasst 70 %) korrekt sei (S. 4 f.).

E. 3.10

Dr. I.____ und Dr. J.____, H.____, hielten in ihrem Bericht vom 20. Juni 2012 (Urk. 9/72) ebenfalls an ihrer Kritik am MEDAS-Gutachten fest.

E. 3.11

Nach Verfügungserlass wies Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie FMH, H.____, mit Bericht vom 16. Juli 2012 (Urk. 6/2) nochmals auf die vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin hin. Ferner berichtete Dr. med. L.____, Facharzt FMH Radiologie, am 26. September 2012 (Urk. 12) von einem Impingementfaktor von Seiten des Acromion im Bereich der rechten Schulter und von einer im Bereiche der rechten Hüfte beginnende Arthrose mit medialer/zentraler Gelenkspaltverschmälerung (S. 1). 4. 4.1

Unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden ist die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 50 % Erwerbstätige und zu 50 % im Haushalt Tätige, ergeben sich doch aus den Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ihr Erwerbsspensum erhöht hätte.

Ebenfalls ist die anlässlich der Haushaltabklärung ermittelte Einschränkung von 42 % (vgl. vorstehend E. 3.3) nicht bestritten. Der Abklärungsbericht erfüllt ausserdem die gemäss Rechtsprechung zu berücksichtigenden Faktoren (vgl. vorstehend E. 1.6), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt und darauf abgestellt werden kann.

Zu prüfen ist hingegen die Einschränkung der Beschwerdeführerin im Erwerbsbereich. 4.2

Die Beschwerdeführerin stellte betreffend Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 30. November 2011 (vgl. vorstehend E. 3.6) ab, in welchem die Gutachter der Beschwerdeführerin - ausgehend von einem Vollzeitpensum -

eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft und von 70 % in einer näher umschriebenen leidensangepassten Tätigkeit attestierten.

Die Beschwerdeführerin machte sinngemäss geltend, sie sei zu 100 % arbeitsunfähig, was den Berichten des H.____ zu entnehmen sei. Ferner könne auf das MEDAS-Gutachten nicht abgestellt werden, da das Gutachten nicht in Kenntnis sämtlicher Vorakten erfolgt sei und die Diskrepanz zwischen den fachärztlichen psychiatrischen Einschätzungen der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit nicht in nachvollziehbarer Weise begründet würde (Urk. 1 S. 9). 4.3

Das MEDAS -Gutachten vom 30. November 2011 basiert auf für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis und Berücksichtigung der vorhandenen Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. So legten die Gutachter in schlüssiger Weise dar, dass die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht insbesondere aufgrund ihrer Rückenbeschwerden als Wäscherin und Reinigungskraft in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Sie nahmen auch Stellung zu den gastroenterologischen und neurologischen Beeinträchtigungen. Aus psychiatrischer Sicht liess sich nach Beurteilung der Gutachter im Gegensatz zu derjenigen der H.____-Fachpersonen aufgrund der erhobenen Befunde keine volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin begründen (zur invalidenversicherungsrechtlichen Beurteilung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nachfolgend E. 5). Zwar hat den MEDAS-Gutachtern offenbar der H.____-Bericht vom 20. September 2011 (Urk. 9/56) ursprünglich nicht vorgelegen. Dies stellt jedoch entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin keinen Mangel dar, denn es erfolgte eine telefonische Rücksprache mit der behandelnden Therapeutin am H.____, und es wurde von ihnen eine nachträgliche Stellungnahme eingeholt (vgl. 9/70 S. 2 Ziff. 6; Urk. 9/57/31). Schliesslich kann betreffend die im H.____-Bericht vom 27. Januar 2012 (vgl. vorstehend E. 3.8) geäusserte Kritik am MEDAS-Gutachten auf die umfassende und nachvollziehbare Stellungnahme der Gutachter vom 21. Mai 2012 (vgl. Urk.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

Am 27. Januar 2012 (Urk. 9/61) nahmen Dr. I.____ und Dr. J.____ vom H.____ zum MEDAS-Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.6) Stellung. Sie kritisierten die psychiatrische Befunderhebung im MEDAS-Gutachten (S. 2 ff.) und hielten an ihren im Bericht vom 20. September 2011 (vgl. vorstehend E. 3.5) gestellten Diagnosen fest (S. 4). Betreffend die Arbeitsfähigkeit führten sie aus, die Beschwerdeführerin fühle sich subjektiv zu 100 % arbeitsunfähig, was auch für angepasste Tätigkeiten gelte. Auch aus einer objektivierten Beurteilung sei die Beschwerdeführerin aufgrund des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der neuropsychologisch bestätigten Depression in allen Tätigkeiten

voll ständig arbeitsunfähig (S. 4 unten). Die im MEDAS-Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % im Beruf als Wäscherin sei eine deutliche Fehleinschätzung aufgrund der mangel- und fehlerhaft erhobenen Tatsachen. Ebenso habe der verkürzte psychiatrische Befund neben der Anamnese die Grundlage für die Einschätzung einer 30%igen psychischen Arbeitsunfähigkeit trotz den im Gutachten diskutierten positiven Försterkriterien begründet, was in Anbetracht der vielen Fehler zu einer unbegründeten Fehleinschätzung geführt habe, welche das Langzeitexpertenurteil nicht zu erschüttern vermöge. Eine sorgfältige Analyse weise klar auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit hin (S. 5).

E. 9

/70) verwiesen werden.

Das MEDAS -Gutachten erfüllt damit - entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin - die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (vgl. vorstehend E. 1. 5) ,

weshalb darauf abzustellen ist . 4.4

Soweit die Beschwerdeführerin sinngemäss geltend machte , es müsse auf die medizinischen Berichte des H.____ abgestellt werden, kann ihr aus den nachstehenden Gründen nicht gefolgt werden: Im

Bericht des

H.____ vom 26. Januar 2012 (vgl. vorstehend E. 3.7)

wurden von den einzelnen Fachärzten unterschiedliche, teils sich stark widersprechende Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gemacht. So sei die Beschwerdeführerin aus anästhesistischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig, aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig, aus orthopädischer Sicht zu 50 % - Steigerung nicht ausgeschlossen - arbeitsfähig, aus rheumatologischer Sicht - ohne Diskussion der orthopädischen und wirbelsäulenchirurgischen Beurteilung - zu 100 % arbeitsfähig und aus Gründen der Depression und der Schmerzen zu 100 % arbeitsunfähig. Dies resultierte in einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die angestammte sowie für angepasste Tätigkeiten (Urk. 9/63 S. 5) . Wie diese Konsensbeurteilung aus den vorher aufgeführten Stellungnahmen der einzelnen Fachärzte zu Stande kam und zu begründen ist, kann nicht schlüssig nachvollzogen werden. Insbesondere wurde nicht genügend nachvollziehbar dargelegt, warum die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung eine unbeschränkte vollständige Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen. Ferner schlossen die Ärzte die subjektiven Einschätzungen der Beschwerdeführerin betreffend Arbeitsfähigkeit mit ein (vgl. Urk. 9/63 S. 5 Mitte) . Schliesslich zeigen deren Ausführungen anschaulich die im Rahmen der Beweiswürdigung relevante Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (Urteil des Bundesgerichts 9C_842/2009 vom 17. November 2009 E. 2.2). Zusammenfassend erweisen sich die Angaben des H.____ als zu wenig schlüssig, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. 4.5

Es ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht für die Ausübung einer adaptierten Tätigkeit und unter Einhaltung des rheumatologischen Belastungsprofils (vgl. Urk. 9/57 S. 1-28, S. 27 Ziff. 9) in ihrer

Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. Wie sich das mit der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychiatrischen Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung und einer leichten depressiven Episode verhält, ist nachfolgend zu prüfen.
5. 5.1

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352; vgl. auch zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_972/2012 vom 31. Oktober 2013 E. 3 ff.). 5.2

Nach der Rechtsprechung darf bei der invalidenversicherungsrechtlichen Beurteilung der invalidisierenden Wirkung anhaltender somatoformer Schmerzstörungen oder sonstiger vergleichbarer pathogenetisch (ätiologisch) unklarer syndromaler Zustände (BGE 132 V 393 E. 3.2) nicht einfach unbesehen auf die ärztlichen - selbst die gutachterlich attestierten - Einschätzungen abgestellt werden, zumal der Invaliditätsbegriff rechtlicher Natur ist (Art. 8 ATSG) ist und nicht zwingend mit dem medizinischen Krankheits- oder Invaliditätsverständnis übereinstimmt. Vielmehr hat die rechtsanwendende Behörde zunächst die - auf grund der medizinischen Aktenlage zu beantwortende - Frage zu prüfen, ob und inwieweit bei der versicherten Person neben der diagnostizierten, allein nicht invalidisierenden (BGE 130 V 352 E.

2.2.3) anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zusätzliche psychische Beeinträchtigungen im Sinne des rechtsprechungsgemässen Kriterienkatalogs vorliegen, welche einer adäquaten Schmerzbewältigung objektiv entgegenstehen. Die entsprechenden Feststellungen sind tatsächlicher Natur. Die weitere Frage, ob eine allenfalls festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und/oder einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten, ist dagegen rechtlicher Art: ihre abschliessende Beantwortung obliegt damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden (BGE 130 V 352 E. 2.2.4; Urteile des Bundesgerichts 9C_820/2007 vom 2. September 2008 E. 4.1 mit

Hinweisen und 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008, E. 3.3.1). 5.3

Die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet nach der erwähnten Rechtsprechung keine Invalidität.

Die zusätzlich diagnostizierte leicht- bis mittelgradige depressive Episode vermag nach der Rechtsprechung grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens

darzustellen, die es der betroffenen Person verunmöglichte, die Folgen der Schmerzstörung zu überwinden (Urteil des Bundesgerichts 8C_958/2010 vom 25. Februar 2011 E. 6.2.2.1; vgl. auch Urteil 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 mit Hinweisen). Sodann gilt es zu beachten, dass sowohl der MEDAS-Gutachter als auch der Psychiater vom

E.____, Dr. D.____

(vgl. vorstehend E. 3.2), davon ausgingen, dass eine ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation für das Beschwerdebild mitverantwortlich sei. Ferner verneinte Dr. D.____ explizit eine Komorbidität. Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist auf Grund der Akten daher zu verneinen. 5.4

Die übrigen rechtsprechungsgemäss relevanten Kriterien, die einem adäquaten Umgang mit den geklagten Schmerzen entgegenstehen können, sind nicht beziehungsweise nicht hinreichend gehäuft und ausgeprägt erfüllt, um insgesamt den Schluss auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten: 5.4.1

In Bezug auf das Kriterium der körperlichen Begleiterkrankung ist ersichtlich, dass das psychische Leiden eindeutig im Vordergrund steht. Die im psychiatrischen Teilgutachten des MEDAS-Gutachtens genannte chronische körperliche Erkrankung Hepatitis B (Urk. 9/57/35) wurde unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt und es wurde in der gastroenterologischen Beurteilung festgehalten, dass die Diagnose einer chronischen Hepatitis B zur Zeit keiner Therapie bedarf (Urk. 9/57/1-28, S. 24). Körperliche Beeinträchtigungen sind in Form der Wirbelsäulen- und Schulterbeschwerden vorhanden, jedoch nicht in einem Ausmass, welches eine ausnahmsweise Unzumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung als nahe liegend erscheinen lässt. Nach Beurteilung der MEDAS-Gutachter ist der Beschwerdeführerin denn auch trotz dieser Beeinträchtigungen eine behinderungsangepasste Tätigkeit vollschichtig zumutbar.

Das Kriterium des mehrjährigen chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung ist sodann gegeben.

5.4.2

Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist auf Grund der Akten zu verneinen. Den Angaben des MEDAS-Gutachtens zum Tagesablauf ist vielmehr zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin regelmässig Arzttermine wahrnimmt, Einkäufe erledigt und nachmittags Dinge ausser Haus zu erledigen hat. Sodann begleitet sie manchmal ihren Sohn und ihren Ehemann zum Fussballtraining (Urk. 9/57/1-28 S. 17 Ziff. 3.7). Ferner hielten die MEDAS-Gutachter in ihrer Beurteilung fest, die Beschwerdeführerin sei in der Lage, selbständig zu reisen (S. 26 Ziff. 8). Damit kann das Kriterium eines nahezu vollständigen Rückzugs in praktisch allen Belangen des Lebens aus psychischen Gründen

vor liegend verneint werden. 5.4.3

Beim Kriterium des primären Krankheitsgewinns handelt es sich um einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung („Flucht in die Krankheit“).

Dafür ist den Akten kein Hinweis zu entnehmen, zumal auch der MEDAS-Gutachter lediglich von einem möglichen geringen sozialen Krankheitsgewinn ausging (Urk. 9/57/36). 5.4.4

Bezüglich des Kriteriums des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung der versicherten Person ergibt sich zwar, dass der MEDAS-Gutachter im Teलगutachten von einer ungünstigen (Urk. 9/57/36) beziehungsweise unsicheren Prognose mit der Möglichkeit einer Verschlimmerung (Urk. 9/57/37 Ziff. 5) ausging. Jedoch hielt der Gutachter fest, mittels Involvierung eines Psychiaters und mittels Psychopharmakologie bestehe die Möglichkeit, den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu verbessern (Urk. 9/57/37 Ziff. 6). Dieser Schluss ist zutreffend, zumal wenn berücksichtigt wird, dass leicht bis mittelgradige psychische Störungen grundsätzlich therapeutisch angebar sind (Urteil des Bundesgericht 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1). Die Beschwerdeführerin befindet sich denn auch seit Juni 2011 in psychotherapeutischer Behandlung am H.____ (vgl. Urk. 9/72 S. 1 Ziff. 2).

Folglich ist aus rechtlicher Sicht nicht von einer Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen. 5.5

Beeinträchtigungen aufgrund eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage können nur dann eine Invalidität begründen, wenn entweder eine erhebliche psychische Komorbidität besteht oder bestimmte andere Kriterien erfüllt sind (vorstehend E).

5.1). Die Würdigung der Akten hat ergeben, dass vorliegend beides nicht der Fall ist; weder ist eine erhebliche psychische Komorbidität zu bejahen noch sind die alternativen Kriterien, sofern überhaupt, in genügender Schwere erfüllt. So mit Vermögen die genannten Beeinträchtigungen keine versicherungsrelevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen. 6.

Zusammenfassend ist nach erfolgter Würdigung der medizinischen Akten (vgl. vorstehend E. 4-5)

festzuhalten, dass aus versicherungsrechtlicher Beurteilung von einer gänzlichen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist. Die vorliegenden medizinischen Akten erweisen sich als ausreichend und auch die nach Verfügungserlass eingereichten medizinischen Berichte (vgl. vorstehend E. 3.11) führen zu keinem anderen Ergebnis. Auf weitere Abklärungen, wie von der Beschwerdeführerin beantragt (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3), ist deshalb zu verzichten. 7.

Die Invaliditätsbemessung wurde von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet und gibt auch aufgrund der Akten zu keinen Beanstandungen Anlass, so dass sich weitere Ausführungen erübrigen. Ausgehend von der Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 50 % Erwerbstätige und als zu 50 % im Haushalt Tätige ermittelte die Beschwerdegegnerin in Anwendung der gemischten Methode einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 21 % (Urk. 9/21/5, Urk. 9/74/4).

Damit erweist sich die ablehnende Rentenverfügung vom 28. Juni 2012 (Urk. 2) als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8 .

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie von der unter liegenden Beschwerdeführerin zu tragen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG - 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 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 MosimannBrühwiler

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