

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00854 vom 23. Februar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00854

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00854 du 23 février 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00854 del 23 febbraio 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1958, zuletzt in einem Teilzeitpensum als Raum pflegerin in Privathaushalten und einer Arztpraxis tätig,

meldete sich am 8. Juli 2011 unter Hinweis auf seit einem Jahr bestehende starke Schmerzen, Kribbeln und Zittern in beiden Händen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 6/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte Arbeitgeberauskünfte (Urk. 6/5, Urk. 6/6, Urk. 6/10, Urk. 6/11 und Urk. 6/12) und Arztberichte (Urk. 6/7 und Urk. 6/31) ein. Im Weiteren veranlasste sie ein polydisziplinäres Gutachten bei der Medas

Y.____, das am 31. Mai 2013 erstattet wurde (Urk. 6/42/1-35). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/45) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 9. September 2013 ab (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

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 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 1.3

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 Vorakten (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).

Massgebend ist zudem, ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 2

Gegen die Verfügung vom 9. September 2013 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 21. September 2013 Beschwerde (Urk. 1) mit dem sinngemässen Antrag, die Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine Invalidenrente zuzusprechen. In ihrer Vernehmlassung vom 23. Oktober 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen (vgl. Beschwerdeantwort, Urk. 5), was der Beschwerdeführerin am 28. Oktober 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Leistungsbegehrens damit, ihre medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 40 % vorgelegen habe. Lediglich für acht bis zwölf Wochen habe wegen der Operation der Retina cum -Spaltung eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 2 und Urk. 5).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend, ihre Beschwerden hätten zugenommen. Sie sei in umfassender Abklärung im Spital Z.____ (Neurologie, Radiologie, Neurochirurgie, Schmerzzentrum).

Die in der Verfügung aufgeführten Befunde und Schlussfolgerungen seien nicht mehr zutreffend. Obwohl die IV-Stelle darüber informiert worden sei, sei dem nicht Rechnung getragen worden. Mit den vorliegenden Störungen könne sie nicht mehr arbeiten und diese seien auch nicht überwindbar. Entsprechende Arztberichte würden der Beschwerde nachgereicht werden (Urk. 1).

3. 3.1

Am 25. Juli 2011 berichtete der Hausarzt Dr. med. A.____, Facharzt FMH für innere Medizin, speziell Onkologie und Hämatologie, der IV-Stelle (Urk. 6/7/6), die Beschwerdeführerin beklage massivste Unterarmschmerzen auf beiden Seiten. Klinisch habe ein Karpaltunnelsyndrom vermutet werden müssen, was aber elektrophysiologisch nicht bestätigt werden können. Schliesslich sei die Beschwerdeführerin von Dr. med. B.____, Handchirurgie FMH, beurteilt worden, der die Verdachtsdiagnose eines Sublimis-Syndroms beidseits gestellt habe. Intraoperativ habe er jedoch eine schwere Synovialitis gefunden. Eine Kortisoninfiltration habe keine Besserung ergeben. Dr. A.____ berichtete, insgesamt sei er mit diesem Krankheitsbild zu wenig vertraut, als dass er Aussagen zu einer dauernden IV-Berentung machen könne. Genauere Informationen könnten die involvierten Neurologen Dr. med. C.____, Neurologie FMH, und Dr. B.____ geben, deren Berichte er beilege.

Dr. B.____ hatte im Bericht vom 22. Juni 2011 an Dr. C.____ angegeben, an eine Wiederaufnahme der Arbeit sei in dieser Situation nicht zu denken (Urk. 6/7/10).

Am 30. März 2012 erstattete die Klinik für Rheumatologie des Z.____ dem Hausarzt Dr. A.____

einen Bericht (Urk. 6/42/80-81). Dr. A.____ hatte um eine rheumatologische

Beurteilung der therapieresistenten beidseitigen Handgelenks- und Unterarmschmerzen rechtsbetont bei einem Status nach Retinaculospaltung durch Dr. B.____ am 26. Januar 2011 und anschließender Cortisoninfiltration ohne Beschwerdelinderung gebeten. Die Ärzte gaben an, die MRI-Untersuchung beider Hände habe Zeichen einer Rhizarthrose und STT-Arthrose linksseitig sowie ein Ganglion der Sehnenscheide des Musculus Flexor digitorum

superficialis

Dig. III rechtsseitig ergeben. Bei der klinischen Verlaufskontrolle vom 26. März 2012 habe die Beschwerdeführerin spontan über ein Schmerzmaximum in der rechten Hand geklagt und dabei mit einem Finger auf das MCP-Gelenk Dig. III der rechten Hand gezeigt. Klinisch bestehe an dieser Stelle eine isolierte starke Druckdolenz, so dass von einem symptomatischen Ganglion in diesem Bereich ausgegangen werde. Aus rheumatologischer Sicht liege keine begründbare Arbeitsunfähigkeit vor. Die Ärzte gaben an, sie hätten der Beschwerdeführerin eine erneute Beurteilung beim Handchirurgen empfohlen. 3.3

Im Bericht zu einer vom Hausarzt Dr. A.____

veranlassten funktionellen Ultraschalluntersuchung vom 13. Juli 2012 (Urk. 6/42/77-78) gab Dr. med. D.____, Rheumatologie und Physikalische Medizin FMH, an, es bestehe ein Flexorsehnenscheidenganglion dritter Strahl rechts auf der Höhe des MCP-Gelenks mit einem Durchmesser von zirka 4 Millimetern. Ansonsten liege ein sonomorphologischer Normalbefund vor. Es gelinge auch ihm nicht, die Beschwerden somatisch zu erklären. Er denke, dass eine somatoforme

Schmerzstörung vorliege. Dies insbesondere bei deutlicher Diskrepanz in den Spontanbewegungen – so habe die Beschwerdeführerin sich etwa mühelos an- und ausziehen sowie mit kräftigem Griff die Ringe an beiden Händen, die satt sässen, entfernen können. 3.4

3.4.1

In den medizinischen Unterlagen finden sich sodann zwei Berichte von Dr.

E.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 6/42/61-68). 3.4.2

In der Anmeldung für einen Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik F.____

/ Anfrage für eine Kostengutsprache zuhanden des Krankenversicherers vom 27.

September 2011 (Urk. 6/42/61-64) führte Dr.

E.____ die folgenden Diagnosen auf (Urk. 6/42/64): • mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F33.11) • anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) • Angststörung unspezifisch (ICD-10 F41.9) • Schlafstörungen emotional bedingt (ICD-10 F51.9)

Dr. E.____

berichtete, die Beschwerdeführerin sei ihr im November 2006 vom Hausarzt nach einer Unterleibsoperation mit Hospitalisation zugewiesen worden, in deren Folge sie Ängste, somatoforme Schmerzen (Kopf und Schultern) und eine depressive Symptomatik entwickelt hatte. Die Beschwerdeführerin habe gut auf eine antidepressive Therapie (Saroten tropfen und kurzzeitig Trittico, zusammen mit Seropram und in Reserve Tranxilium) kombiniert mit einer psychotherapeutischen Behandlung angesprochen. Sie

sei dann ein bis zweimal jährlich zu einer Konsultation erschienen. Am 12. September 2011 habe sie die Beschwerdeführerin erneut gesehen. Die Versicherte habe nach einer Operation an der rechten Hand (Karpaltunnelsyndrom) mit Ruhigstellung während sechs Wochen ein Rezidiv der depressiven und somatoformen Störung erlitten. Die Depression sei mittelgradig, was auch

für

die Störungen durch die Schmerzen gelten würde, die seit sieben Monaten anhielten und sich auf beide Arme und die Schultern ausgebreitet hätten (Urk.

6/42/61-62). 3.4.3

Laut den Angaben von Dr. E.____

in der Anmeldung für einen Betreuungsplatz in der Tagesklinik der G.____

vom 28.

Februar 2012 bewirkte der stationäre Aufenthalt in F.____ zwar eine Reduktion der Symptome und einen Aufbau neuer Kräfte. Es gelinge

der Beschwerdeführerin aber – nun zurückgekehrt – trotz verschiedenen Therapieen

nicht, ihre Stabilität zu finden. Sie sei aktuell mittelgradig depressiv und belastet durch die Situation zu Hause mit einem depressiven Ehemann (Urk. 6/42/66). Dr. E.____

stellte am 28. Februar 2012

dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 27. September 2011 (Urk. 6/42/63). 3. 5

Im Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 30. November 2011 nach einem Aufenthalt vom 30. Oktober bis zum 26. November 2011 (Urk. 6/42/69-74) stellten die unterzeichnenden Ärzte die folgenden Diagnosen (S. 1): 1.

chronische somatoforme Schmerzstörung • Lendenwirbelsäule (LWS) /

Carpaltunnelsyndrom beidseits 2. mittelgradige depressive Störung • aktuell

Benzodiazepineinnahme reduziert • HADS bei Eintritt: A/D 14/17 von 21 Punkten (eine Frage nicht beantwortet) 3. Angststörung 4. Schlafstörung 5. LWS-Syndrom 6.

Carpaltunnelsyndrom beidseits rechts stärker als links • Status nach einer Operation rechts am 26. Januar 2011: ohne Besserung der Beschwerden 7. Status nach Nierensteinabgang

Die Ärzte berichteten, in den ärztlichen Gesprächen sei die depressive Symptomatik in Verbindung mit dem bevorstehenden Austritt in die noch bestehende, für die

Beschwerdeführerin sehr belastende, soziale Situation immer mehr in den Vordergrund gerückt. Die Schmerzen der rechten Hand habe sie zunehmend weniger thematisiert (S. 2).

Während des stationären Aufenthaltes habe sich die Schmerzsituation zunächst im positiven Sinne verändert, auch psychophysisch habe sich die Beschwerdeführerin zunehmend rekonduzieren können. Allerdings sei es in Anbetracht des bevorstehenden Austrittes zu einer erneuten Verschlechterung vorwiegend der depressiven Symptomatik gekommen, so dass ein adäquates ambulantes Anschlussprogramm organisiert werden müssen, das mit der Beschwerdeführerin besprochen und von ihr begrüßt worden sei (S. 3). 3. 6

Am 7. November 2012 stellte die G.____ der IV-Stelle den Austrittsbericht vom 31. Juli 2012 (Urk.

6/30 und Urk. 6/31) nach einem Aufenthalt in der Tagesklinik vom 7. Mai bis 27. Juli 2012 zu. Es werden darin folgende Austrittsdiagnosen aufgeführt: 1.

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) 2.

Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 3.

Störung durch Benzodiazepine, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Substanzgebrauch (ICD-10 F13.24) 4.

Hyperthyreose, nicht näher bezeichnet

Die unterzeichnenden Ärzte gaben an, die Beschwerdeführerin sei im Alltag durch Schmerzen und ein rezidivierendes Taubheitsgefühl

in den Händen und Unterarmen (bei bekanntem Karpaltunnelsyndrom) eingeschränkt, wobei die Schmerzproblematik während des Aufenthaltes zunehmend in den Hintergrund getreten sei. Die Beschwerdeführerin habe in der Schmerzgruppe diverse „Skills“ im Umgang mit ihren Symptomen erlernen und anwenden können. Es habe sich im Verlauf der Therapie ein erhöhter Widerstand gegen Veränderungen im sozialen Aktionsradius gezeigt (Schnuppern in einem Kommunikationskurs für Frauen, „H.____ Deutschkurs“, und in der kreativen Werkstatt I.____), wohin gegen sich die Belastbarkeit im häuslichen Umfeld und hier vor allem im Umgang mit den Enkeln deutlich gebessert darstelle. 3. 7

3. 7 .1

Am 31. Mai 2013 erstattete die

Y.____

der IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 6/42/1-35), das von Dr. med. J.____, FMH für Allgemeine innere Medizin, fallführender Arzt, Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und Dr. med. L.____, FMH für Rheumatologie, erarbeitet und unterzeichnet wurde. Die Gutachter gaben die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an (S. 32): 1.

chronische Schmerzen rechte Nacken- und Halspartie, rechte Schulter und rechter Arm mit/bei • kongenitaler Hemivertebra

Halswirbelkörper 5 links mit nur rudimentärem Dornfortsatz, leichte n

Spondylarthrosen mittlere und untere Halswirbelsäule • beginnende r

Rhizarthrose und STT-Arthrose links • Ganglion ausgehend von der Sehnenscheide des Musculus

flexor

digitorum

superficialis III auf Höhe MCP III • laterale leicht abgesenktem

Akromion und ansatznaher Ruptur der Supraspinatussehne sowie sehr wahrscheinlich Miteinbezug der Subscapularis - und Infraspinatussehnen • Status nach Retinaculum-Spaltung rechts 26.01.2011 2.

intermittierendes Lumbovertebralsyndrom

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter den folgenden Diagnosen zu: 3.

Schmerzen und Kribbelmissempfindungen der linken Hand und des linken Armes • d
iskretes Karpaltunnelsyndrom 4.

beginnende mediale Gonarthrose rechts 5.

leichte depressive Episode (ICD-10 F33.00) 6.

somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 3. 7 .2

Die Rheumatologin Dr. L.____

führte aus, bei der Durchsicht der Akten fall e auf, dass im Verlauf der Jahre nicht nur die Ausdehnung der Schmerzen, sondern auch die der Sensibilitätsstörungen zugenommen hätten. Das Vorhandensein von vier Waddell -Kriterien spreche für eine wesentliche nichtorganische Schmerzkomponente. Die aktuelle klinische Untersuchung sei vor allem durch die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter nur eingeschränkt möglich gewesen, auch die Halswirbelsäule sei nicht wirklich untersuchbar, da von der Beschwerdeführerin starke Schmerzen angegeben würden und muskulär gegen die Untersuchung blockiert werde. Die von der Mitarbeit der Beschwerdeführe rin unabhängigen somatischen Untersuchungen hätten keine wesentlichen pathologischen Befunde ergeben ,

mit der Ausnahme, dass sich Knoten in den Beugesehnen beider Da u men, des linken Zeigfing ers, beider Mittelfinger und des rechten Ringfingers palpieren liessen. Sowohl sonographisch wie auch im MRT sei ein Ganglion ausgehend von der Sehnensc heide des Musculus

flexor

digi t o rum

superficialis II I auf der Höhe des MCP III rechts beschrieben. Ein Be fund jedoch, der alleine das umfangreiche Beschwerdeausmass der Versi cherten nicht zu erklären vermöge. Inwieweit eine Kompromit t ierung

des Nervus

medi anus im Bereich des Karpaltunnels vorliege, könne aufgrund der aktuellen kli nischen Untersuchung nicht sicher entschieden werden. Aber auch eine noch vorhandene Komprimittierung des Nervus

medianus würde die umfangreichen Beschwerden der Versicher ten nicht ausreichend erklären . Dasselbe gelte für die beginnende Rhiz - und STT-Arthrose im Bereich der linken Hand. Dass die Beschwerdeführerin an Nackenschmerzen leide, sei aufgrund des Vorliegens einer Wirbelkörperdysplasie durchaus nachvollziehbar. Die radiologische und sonographische Untersuchung der rechten Schulter beziehungsweise der Rota torenmanschette habe keinerlei pathologischen Befund im Schultergelenk gezeigt, jedoch einen ansatznah en Riss in der Supraspinatussehne , der wahr scheinlich auch auf de n Oberrand de r

Subscapularisseh ne und Infraspinatus sehne übergreife. Diese Läsionen in der Rotatorenmanschette erklä rten gut die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schwierigkeiten und Schmerzen beim Heben des rechten Arms und die beobachteten, zum

Teil jedoch gleichwohl inkonstanten Einschränkungen beim Heben des rechten Arms (S. 20 f.).

Aus rheumatologischer Sicht könnten der Beschwerdeführerin körperlich schwere Arbeiten nicht mehr zugemutet werden. Leichte bis maximal intermittierend mittelschwere, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten, bei denen Zwangshaltungen der Halswirbelsäule beziehungsweise des Oberkörpers sowie dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den Armen in oder über der Horizontalen (Belastung Halswirbelsäule und Schultergürtel) vermieden würden, könne die Beschwerdeführerin jedoch vollschichtig ausüben. Mit diesen Einschränkungen sei der lumbalen Schmerzproblematik ausreichend Rechnung getragen. Die Beschwerden in der linken Hand und die radiologischen Veränderungen des rechten Kniegelenkes seien zu gering, um sich auf die Arbeitsfähigkeit auszuwirken (S. 22 f.). Diese Arbeitsfähigkeit gelte sicher seit dem Jahr 2010, wobei jedoch nach der operativen Retinaculum-Spaltung eine vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Arbeiten während wahr scheinlich acht bis zwölf Wochen bestanden habe (S. 24).

Aufgrund der Einschränkungen könne die Beschwerdeführerin Arbeiten im Service nicht mehr ausüben (zu starke Belastung der Halswirbelsäule und des Schultergürtels). Im Reinigungsdienst seien je nach Einsatzort sehr unterschiedliche Belastungen vorhanden (Büroreinigung, Haushaltreinigung versus Baureinigung), so dass hier eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nur anhand eines konkreten Arbeitsplatzprofils möglich wäre (S. 23).
3.7.3

Der Psychiater Dr. K.____

berichtet in seinem Fachgutachten vom 20. Mai 2013 (Urk. 6/42/36-44), zum aktuellen Zeitpunkt würden sich keine Symptome finden, die auf eine mittelgradige oder gar schwere depressive Störung hinweisen würden. Hingegen werde ein starkes, zum Teil übertrieben wirkendes Klagen deutlich. Ein realer Leidensdruck sei im Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungsfaktoren erkennbar. Hervorzuheben sei dabei die belastende Paarsituation, die offenbar nicht angebar sei, sowie die äusserst magere Tagesstruktur der Beschwerdeführerin. Diese erinnere sich gerne an die Zeiten der Arbeitstätigkeit zurück und habe angegeben, im Grunde gerne wieder arbeiten zu wollen. Die – durch bewusstseinsnahe, aggraviorische Effekte überlagerte – Symptomatik entspreche einer mittlerweile noch leichten depressiven Episode (ICD-10 F33.00). Dr. K.____ führte unter Hinweis auf den Bericht der G.____ vom 31. Juli 2012 aus, die psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung habe offenbar wie bereits zwischen den Jahren 2006 bis 2010 zu deutlichen Verbesserungen des Zustandsbildes geführt. Im Gegensatz zu den in den Berichten von Dr. E.____

vom 28. Februar 2012 und der Klinik F.____ vom 30. November 2011 festgehaltenen Diagnose einer Angststörung würden sich aktuell keine erfassbaren Symptome oder Angaben der Beschwerdeführerin finden, die eine entsprechende Diagnose rechtfertigen würden. Jedoch bestehe weiterhin ein chronischer Benzodiazepin-Konsum, der das Risiko einer Low-Dose-Benzodiazepin-Abhängigkeit beinhalte. Die Schmerzsymptomatik könne im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) verstanden werden, wobei berücksichtigt werden müsse, dass auch hier aggravorische Verzerrungen zum Eindruck eines schweren Zustandsbildes führten (S. 7 f.). Grundsätzlich sei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit in

vollem Umfang zuzumuten, wobei eine Unterstützung bei der beruflichen Reintegration zu empfehlen sei (S. 8 f.). 4.

E. 2.3

Stunden (120 / 52; Urk. 6/5) , bei Q.____ 5

Stunden (Urk. 6/6) und bei R.____

3 Stunden pro Woche (Urk. 6/12). Dies entspricht einem Pensum von 16.4 Stunden und verglichen mit den im Jahr 2010 im Total statistisch durchschnittlich geleisteten 41.6 Wochenstunden (vgl. Die Volkswirtschaft 12-2014, S. 92 Tabelle B9.2) einem Pensum von gerundet 39 % . 5.2. 4

Es kann davon ausgegangen werden, dass die

Beschwerdeführerin dieses Arbeitspensum im Gesundheitsfall weiterhin ausüben würde. Entsprechend ist von einer Aufgabenaufteilung von 39 % Erwerbstätigkeit ausser Haus sowie 61

% Tätigkeit im Haushalt auszugehen , wobei bereits an dieser Stelle festgehalten werden kann, dass selbst unter der Annahme einer 100%igen Erwerbstätigkeit kein anderes Ergebnis resultieren würde . 5.2. 5

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

Laut den Lohnausweisen verdiente die Beschwerdeführerin im Jahr 2010 insgesamt Fr.

20'805.70 (vgl.

Urk. 6/1/1-5: Fr.

3'907.70 + Fr. 4'043.-- + Fr.

3'480.-- + Fr.

6'465.-- + Fr. 2'910.-- ; im IK-Auszug sind für die letzten Jahre erheblich tiefere Beträge verzeichnet).

Es gab

gemäss den Auskünften der Arbeitgeber im Jahr 2011 keine Anpassungen bei den Stundenlöhnen (vgl. Urk. 6/5, Urk. 6/6, Urk. 6/10, Urk. 6/11 und Urk. 6/12) , so dass von einem

Valideneinkommen

von Fr. 20'805.70 auszugehen ist . 5.2.6

Würde nun darauf abgestellt , dass der

nicht mehr erwerbstätigen Beschwerde führerin ihre angestammten Tätigkeiten nicht mehr zumutbar sind, dann wäre für die Bemessung des Invalideneinkommens

die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen (BGE

126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb, 124 V 321 E. 3b/ aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Konkret wäre für die Bemessung des Invalideneinkommens auf die standardisierten Löhne für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen. Gemäss LSE belief sich der standardisierte Lohn von Frauen für alle einfachen und repetitiven Tätigkeiten im Jahr 2010 auf Fr. 4'225.-- (LSE 2010, S. 26 Tabelle TA1, Total, Niveau 4). Dies ergibt bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2011 unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bei Frauen bis ins Jahr 2011 (Die Volkswirtschaft 12-2014, S. 92 Tabelle B

9.2 und S. 93 Tabelle B 10.3) und eines Arbeitspensums von 39 % ein Invalideneinkommen von rund Fr.

20'813.-- (Fr. 4'225.-- x 12 / 40 x 41.7 / 2579 x 2604 x 0.39), was ziemlich genau dem Valideneinkommen

von Fr. 20'805.70 entspricht. Eine Erwerbseinbusse würde somit im Ergebnis einem allfälligen Abzug vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 entsprechen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_215/2010 vom 20. April 2010 E. 5.2 mit Hinweisen; ferner Urteil des Bundesgerichts 9C_311/2013 vom 12. November 2013 E. 6.3). Wollte man wegen der rücken- und schulterbedingten Einschränkungen – wenn überhaupt (Einschränkung auf leichte bis mittelschwere Tätigkeiten begründet rechtspredungsgemäss keinen Abzug, Urteil des Bundesgerichts 8C_384/2014 vom 3. Juli 2014 E. 4.2) – eine Lohneinbusse bejahen, wäre ein Abzug von 5 % vorzunehmen.

Im Haushaltbereich sind mit dem erstellten Belastungsprofil und unter Berücksichtigung der von der Rechtsprechung weit gefassten

Schadenminderungspflicht und zumutbaren Mithilfe der Familienangehörigen

(vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2; vgl. auch die Hinweise auf Mithilfe vom Ehemann und der erwachsenen in einem eigenen Haushalt lebenden Tochter im rheumatologischen Fachgutachten

Urk. 6/42/45-60 S. 6 f.)

keine erheblichen Einschränkungen zu begründen.

Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40

% kann nach dem Gesagten folglich ausgeschlossen werden, womit sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als rechtens

erweist .

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert auf Fr. 700.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Die Gerichtsschreiberin Gräub-Oertli

E. 2.6

Stunden (137.16 / 52; Urk. 6/ 11/9) , bei der Familie N.____ 3-4 Stunden (Urk. 6/10) , bei O.____ und P.____

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 Beschwerdeführerin leidet hauptsächlich an chronischen Schmerzen und psychischen Beschwerden. Die IV-Stelle veranlasste, nachdem sie bei den behandelnden Ärzten keine aktuellen Berichte zur handchirurgischen Problematik hätte erhältlich machen können und sich weder die behandelnde Psychiaterin noch die Ärzte des G.____

zur Auswirkung der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit ausgesprochen hatten , ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachgebieten innere Medizin, Psychiatrie und

Rheumatologie (Urk. 6/43 S. 2 f.).

Das für die Beurteilung

der Beschwerden sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit umfassende Gutachten der Y.____

vom 31. Mai 2013 (vgl. E. 3.7) erging nach fachärztlichen Untersuchungen unter Beizug einer Dolmetscherin, bildgebenden Abklärungen (Urk. 6/42/86-87) und in Kenntnis der medizinischen Vorakten. Es erfüllt nicht nur die formalen praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise, sondern leuchtet

auch in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen erscheinen als begründet.

Dabei stimmen die von den Gutachtern gestellten Diagnosen mit denjenigen der behandelnden Ärzte weitgehend überein. Abweichungen – etwa hinsichtlich der im Gutachten verneinten Diagnose einer Angststörung – wurden

fundiertelegt. Dass aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden könne, gaben auch die Ärzte des Z.____ in ihrem Bericht vom 30. März 2012 an (vgl. E. 3.2).

E. 4.2

Die Gutachter wiesen auf ausgeprägte Schmerzangaben der Versicherten hin und legten dar, dass nur ein Teil der Beschwerden aufgrund der Befunde erklärt werden könne, und dass Hinweise für eine zusätzliche nichtorganische Schmerzkomponente vorhanden seien (Urk. 6/42/1-35 S. 22), was sich mit den Einschätzungen in den aktenkundigen medizinischen Unterlagen deckt (vgl. etwa E. 3.2 und E. 3.3). Die vorhandenen rheumatologischen Einschränkungen werden im Gutachten im Einzelnen und nachvollziehbar begründet. Auf das Belastungsprofil, wonach die Beschwerdeführer leichte bis maximal intermittierend mittelschwere, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten, bei denen Zwangshaltungen der Halswirbelsäule, beziehungsweise des Oberkörpers sowie dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den Armen in oder über der Horizontalen (Belastung Halswirbelsäule und Schultergürtel) vermieden werden, vollschichtig ausüben könne, kann abgestellt werden.

E. 4.3

Nachvollziehbar begründet sind auch die Einschätzungen des psychiatrischen Gutachters mit Hinweisen auf aggravatorische Verzerrungen und das belastende Zusammenleben mit dem depressiven Ehemann. Auf die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, wonach aus psychiatrischer Sicht eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit

in vollem Umfang zumutbar sei, kann ebenfalls abgestellt werden. Was die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung betrifft, würde eine Prüfung der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz nach den vom Bundesgericht entwickelten Kriterien zu keinem anderen Ergebnis führen (vgl. nachfolgende E. 4.4).

4.4.4.1

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, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener 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“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative 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, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3). Umgekehrt sprechen unter anderem eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese, die Angaben der versicherten in der Umschreibung vager Schmerzen oder behauptete schwere Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_620/2013 vom 26. März 2014 E. 3.1 mit Hinweisen). 4. 4.2

Eine schwerwiegende

psychische

Störung liegt mit der diagnostizierten leichten depressiven Episode nicht vor.

Der psychiatrische Gutachter weist zudem auf die bisher erfolgreichen Behandlungen hin, die etwa im Jahr 2006 zu einer Remission des Zustandsbildes mit Fortsetzung der Arbeitstätigkeit bis ins Jahr 2011 geführt haben.

Mit den im Gutachten aufgeführten rheumatologischen Befunden

ist eine chronische körperliche Begleiterkrankung von gewisser Intensität und Konstanz ebenfalls nicht ausgewiesen. Es besteht ein begrenzter sozialer Rückzug, der allerdings die Intensität und Konstanz eines ausgewiesenen sozialen Rückzugs in allen Belangen des Lebens nicht erreicht. So gelingt es der Beschwerdeführerin doch noch, mit Verwandten zu skypen, spazieren zu gehen, gemeinsam mit ihrem Ehemann das Mittagessen zuzubereiten (Urk. 6/42/1-35 S. 3 und 11) und sich an ihren Enkelkindern zu erfreuen (S. 24). Ein weiterer Grund, der gegen eine versicherte Gesundheitsschädigung spricht, sind die wiederholten Hinweise in den medizinischen Unterlagen auf Diskrepanzen zwischen den Schmerzangaben und dem spontanen Gebrauch der Hände sowie auf aggravatorische Verzerrungen und Selbstlimbierung.

E. 4.5

Was die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Zunahme der Beschwerden und die umfassenden Abklärungen im Z.____ betrifft (Beschwerde vom 21. September 2013, Urk. 1), reichte

sie

die in Aussicht gestellten

neuen

ärztlichen Berichte bis heute nicht ins Recht. Aus den medizinischen Akten ersichtlich ist einzig der Bescheid von Dr. E.____

vom 15. März 2013, wonach

wegen eines Knotens in der Schilddrüse eine Biopsie stattfinden

werde (Urk. 6/39). Gegenüber der rheumatologischen Gutachterin berichtete die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang am 13. Mai 2013, sie werde wegen einer Schilddrüsenfunktionsstörung behandelt, dank der Medikation sei diese nun gut eingestellt (Urk. 6/42/1-35 S. 18). Von diesen Angaben abweichende Berichte, etwa über invalidenversicherungsrechtlich relevante Biopsiebefunde,

wurden nicht aufgelegt.

E. 4.6

Zusammenfassend steht fest, dass auf die Einschätzung der Y.____-Gutachter abgestellt werden kann, wonach die Beschwerdeführerin in angepassten Tätigkeiten vollumfänglich arbeitsfähig ist. Das im Gutachten formulierte Belastungsprofil gilt seit dem Jahr 2010. Nach der operativen Retinaculum-Spaltung im Januar 2011 bestand zudem während zirka acht bis zwölf Wochen eine vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Arbeiten. 5.

5.1

Was die erwerblichen Einbussen betrifft ist mit Blick auf die limitierte

Zumutbarkeit, mit den Armen in oder über der Horizontalen zu arbeiten, und der Einschränkung auf leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten fraglich, ob die Beschwerdeführerin die bisherigen Reinigungstätigkeiten in Privathaushalten und in einer Arztpraxis ohne weiteres weiterhin

(bis zur Handoperation im Januar 2011 führte sie diese Tätigkeiten noch aus) ausüben kann. So merkten die Gutachter diesbezüglich an, im Reinigungsdienst seien je nach Einsatzort sehr unterschiedliche Belastungen vorhanden (Büroreinigung, Haushaltreinigung versus Baureinigung), so dass hier eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nur anhand eines konkreten Arbeitsplatzprofils möglich wäre. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, kann diese Frage allerdings offen gelassen werden. 5.2

5.2.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener

Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5.2.2

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, 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 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 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9). 5.2. 3

Laut den von der Beschwerdeführerin eingereichten Lohnausweisen war sie im Jahr 2010 an fünf verschiedenen Orten als Raumpflegerin tätig (vgl. Urk. 6/1). Im Durchschnitt arbeitete sie gemäss den Auskünften der Arbeitgeber

bis zu Beginn des Jahres 2011

bei Dr.

med. M.____

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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