

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00334 vom 18. August 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-08-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00334

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00334 du 18 août 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00334 del 18 agosto 2016

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2008 und am 1. Januar 2012 sind die im Zuge der Revisionen 5 und 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten.

In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 1

E. 1.2

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

E. 1.3

) und insofern invalidenversicherungsrechtlich nicht von Belang sind. Der psychiatrische Gutachter der Klinik Z. ___ stellte bei seiner retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wonach die Beschwerdeführerin in den Jahren 2008 bis 2010 wegen mittelgradiger depressiver Episoden zeitweise eine 20 % übersteigende Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen habe, auf die Berichte der behandelnden Ärzte ab, was nach dem Gesagten nicht zulässig ist. Schliesslich überzeugt auch die in der Stellungnahme vom 27. Januar 2015 geäusserte Kritik am MEDAS-Gutachten durch Dr. J. ___ nicht. Es ist nicht einzusehen und wurde von Dr. J. ___ nicht weiter erläutert, inwiefern die Annahme teilweise falscher Daten hinsichtlich der Einreise der Beschwerdeführerin in die Schweiz und der Arbeitsaufnahme einen Einfluss auf die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit durch die MEDAS-Gutachter gehabt haben könnte. Auch erweckt das Gutachten mitnichten den Eindruck einer nur oberflächlichen Befunderhebung. Praktisch sämtliche von Dr. J. ___ erwähnten Symptome werden im MEDAS-Gutachten ebenfalls

beschrieben, allerdings - unter Berücksichtigung der bereits erwähnten Inkonsistenzen – mit einer gewissen objektiven Distanz. Die Einschätzung von Dr. J.____, bei der Beschwerdeführerin liege ein (pathologischer sozialer) Rückzug vor, ist nicht nachvollziehbar. Den MEDAS-Gutachtern gab die Beschwerdeführerin nämlich an, sich in der Schweiz wohl zu fühlen, gut integriert zu sein und gute Kontakte in der Familie zu haben; zudem bestünden spärliche Kontakte zu Arbeitskollegen, wobei sie schon immer wenige Kontakte nach aussen gehabt habe (Urk. 7/129/22, Urk. 7/129/47, Urk. 7/129/52). Hinsichtlich des von Dr. J.____ erwähnten Ergebnisses der Fremdbeurteilung der Beschwerdeführerin mittels der Hamilton-Depressions-Skala (HAMD), welche das Vorliegen einer mittelgradigen Depression nahe lege, ist zu beachten, dass auch diese s

Diagnosewerkzeug teilweise auf subjektiven Angaben der Explorandin - etwa zum Bestehen von Schlafstörungen - beruht (vgl. dazu etwa <https://de.wikipedia.org>). Schliesslich hat der psychiatrische MEDAS-Gutachter in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 5. November 2014 überzeugend dar gelegt, dass die erhobenen neuropsychologischen Funktionsstörungen, welche zu einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, vor dem Hintergrund der diagnostizierten Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10: F59) erklärt werden können. Zu dieser Einschätzung gelangte auch med. pract. E.____ vom RAD in seiner Stellungnahme vom 10. November 2014 (Urk. 7/143/10-11). Insgesamt besteht folglich kein Grund, nicht auf die psychiatrische Beurteilung im Gutachten der MEDAS C.____ abzu stellen.

Als Indiz für die verbleibende Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist nicht zuletzt auch der Umstand zu beachten, dass sie nebst ihrer Arbeit im Rahmen eines 50%-Pensums im Seniorenheim laut ihren eigenen Angaben anlässlich der MEDAS-Begutachtung immer noch in wesentlichem Ausmass Haushaltarbeiten versieht (Urk. 7/129/52). Darauf wiesen bereits die Gutachter des Y.____ zu Recht hin (Urk. 7/52/17). 4.3

Abschliessend ergibt sich, dass vollumfänglich auf die im Gutachten der MEDAS C.____ vom 15. September 2014 attestierte zumutbare Restarbeitsfähigkeit

von 80 % abgestellt werden kann. Diese gilt für die vom Gutachten abgedeckte Zeit ab November 2008. Aus dem Gutachten der MEDAS C.____

ergibt sich ferner, dass die Arbeitsfähigkeit für die Zeit vor November 2008 gestützt auf das Y.____-Gutachten vom 4. Dezember 2008 bestimmt werden kann (Urk. 7/129/34; vgl. auch vorstehend E. 2.1). Demnach ist bereits ab dem 13. Januar 2005 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 7/52/16-17). 5. 5.1

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht. 5.2

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend. Da die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Februar 2004 eingeschränkt ist (vgl. Urk. 7/13/5), fällt der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der einjährigen Wartezeit auf den Februar 2005 (vorstehend E. 1.4), zumal gemäss der bis 31. Dezember 2007 in Kraft gestandenen Version von Art. 48 IVG Leistungen für die zwölf der Anmeldung vorausgehenden Monate nachgezahlt werden. Gemäss den Feststellungen der Berufsberatung der IV-Stelle vom 16. Juni 2009 hätte die Beschwerdeführerin an ihrem

bisherigen Arbeitsplatz im Jahr 2005 in einem Vollzeitpensum ein Jahreseinkommen von Fr. 51'824.10 verdient (Urk. 7/63/1). Dieses Einkommen ist als Valideneinkommen einzusetzen. 5.3

Die Beschwerdeführerin hat in der Schweiz keine berufliche Ausbildung absolviert (Urk. 7/3/3). Laut der Beurteilung der MEDAS C. ___ ist ihr die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin Hausdienst in einem Seniorenheim nur mit gewissen Einschränkungen zumutbar.

Auch gemäss den Angaben der Arbeitgeberin in dem am 19. September 2005 zu Handen der IV- Stelle ausgefüllten Fragebogen vermochte sie bei einzelnen Verrichtungen (Reinigung, Arbeit in der Küche) den Anforderungen nicht mehr zu genügen (Urk. 7/10/4-5). Deshalb rechtfertigt es sich, zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne in der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2004 abzustellen. Der standardisierte Monatslohn (Vollzeitäquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) für Frauen betrug gemäss der Tabelle TA 1 der LSE 2004 im Jahr 2004 Fr. 3'893.--. Dieser Betrag ist auf die im Jahr 2005 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden hochzurechnen (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche; im Internet abrufbar) sowie an die Nominallohnentwicklung anzupassen (BFS, Schweizerischer Lohnindex nach Branche [1993 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Frauen [T1. 2. 93_I], Total; 2004: 116.6; 2005: 117.

E. 1.4

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. 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).

E. 1.5

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 ausgleichender 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs ; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 1. 6

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

2 .

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Milosav Milovanovic, Beratungs stelle für Ausländer, mit Eingabe vom 17. März 2015 Beschwerde und beantragte die Zusprechung einer halben Invalidenrente (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 14. April 2015 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im Rückweisungsurteil IV.2010.00231 vom 29. Januar 2011 , E. 2 und 4, erwog das hiesige Gericht , die IV-Stelle sei bei Erlass der einen Rentenanspruch verneinenden Verfügung vom 4. Februar 2010 gestützt auf das grundsätzlich beweiskräftige Y.____-Gutachten vom 4. Dezember 2008 davon ausgegangen, dass eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 80 %

bestehe . Wegen der nach Erstellung des Y.____-Gutachtens von den behandelnden Ärzten erhobenen neuen somatischen und psychischen Befunde – dokumentiert in MRI-Bildern der Halswirbelsäule vom 15. September 2009 sowie Berichten der psychiatrischen Poliklinik des F.____ vom 18. November 2009 und der G.____ vom 9. Dezember 2009 – könnten die Schlüsse der Y.____-Gutachter aber nicht ohne ergänzende neurologische und psychiatrische Abklärungen zur Frage, ob in der Zwischenzeit eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten sei, aufrechterhalten werden (Urk. 7/87 S. 5 und 9 f.).

Diese Erwägungen sind sowohl für die Verwaltung wie auch für das Gericht verbindlich (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2010 vom 15. Februar 2011).

E. 2.2

Die IV-Stelle begründete die erneute Verneinung eines Rentenanspruchs in der angefochtenen Verfügung und in der Beschwerdeantwort damit , gestützt auf das Gutachten der MEDAS C.____ vom 15. September 2014 könne davon ausgegangen werden, dass es zwischenzeitlich zu einer gesundheitlichen Besserung gekommen und die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit und auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Das Gutachten würdige die Beschwerden umfassend und die gutachterlichen Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten ohne schwere Arbeiten , ohne das Heben von mehr als 15 kg, ohne Überkopfarbeiten, ohne kniende und gebückte Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne ständiges Treppensteigen sowie ohne manuelle vibrierende, stossende und schlagende Arbeiten. Aus psychiatrischer Sicht sei zwar eine

leichtgradige psychische Störung objektiviert worden, diese habe aber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Für die Nachvollziehbarkeit neuropsychologisch bedingter Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bedürfte es eines neurologischen oder psychiatrischen Leidens mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, was bei der Beschwerdeführerin fehle. Bei der Invaliditätsbemessung könnten daher nur die orthopädisch bedingten Einschränkungen gemäss dem im Gutachten definierten Belastungsprofil berücksichtigt werden. Die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin Hauswirtschaft in der Cafeteria eines Altersheims habe gemäss dem Arbeitgeberfragebogen keine Arbeiten umfasst, welche nicht zumutbar seien. Mit den von der Beschwerdeführerin nachträglich eingereichten medizinischen Berichten würden keine neuen Tatsachen dokumentiert, welche die Beweiskraft des Gutachtens in Frage zu stellen vermöchten. Ferner hätten die im Gutachten enthaltenen falschen Angaben betreffend Einreisedatum in die Schweiz, Arbeitsaufnahme etc. keinen Einfluss auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gehabt. Da kein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ausgewiesen sei, bestehe kein Rentenanspruch (Urk. 2, Urk. 6; vgl. auch Urk. 7/143).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, sie sei im Jahr 2004 erkrankt und sei seither zu mindestens 50 % arbeitsunfähig, weshalb ihr eine halbe Rente zustehe. Die IV-Stellen hätten in letzter Zeit ständig versicherungs freundliche Berichte von Gutachterstellen erhalten, welche in einem schnellen routinemässigen Verfahren mit Untersuchungszeiten pro Fachdisziplin von maximal einer Stunde erstattet worden seien. Das Verhalten der Gutachter stellen rühre daher, dass diese von Aufträgen der IV-Stellen abhängig seien. Auf das Gutachten der MEDAS C.____ könne nicht abgestellt werden. Ihre Krankheiten dauerten bereits seit 11 Jahren und hätten sich trotz der langjährigen Behandlung chronifiziert. Sie arbeite mit letzter Kraft zu 50 % und sei nach der Arbeit total erschöpft. Der Orthopäde Dr. D.____ habe in seinem Bericht vom 19. Februar 2014 festgehalten, dass sie an neun verschiedenen Krankheiten leide und für leichte körperliche Arbeiten zu maximal 50 % arbeitsfähig sei. Der Psychiater Dr. H.____ habe bereits im Bericht vom 13. Juni 2008 festgestellt, dass sie wegen psychischer Beschwerden höchstens mit einem Beschäftigungspensum von 50 % arbeiten könne. Der Psychiater Dr. I.____

(richtig: A.____) habe im Bericht vom 9. Januar 2012 eine mittelgradige bis schwere depressive Episode diagnostiziert und die 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Die Ärzte des B.____ hätten in ihrem Bericht vom 21. Januar 2014 festgehalten, dass sie psychisch und somatisch schwer erkrankt sei, deswegen täglich neun verschiedene Medikamente einnehmen müsse und in angepasster Tätigkeit maximal 50%ig arbeitsfähig sei. Schliesslich hätten auch der Psychiater Dr. med. J.____ und der Psychologe Dr. K.____

festgestellt, dass die Ärzte der MEDAS C.____ viele Beschwerden (Schlafprobleme, Rückenbeschwerden, Konzentrationsprobleme, Lust- und Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Schmerzen, Parästhesien, sozialer Rückzug, Verlust von Selbstvertrauen etc.) nur oberflächlich aufgenommen hätten. Angesichts der divergierenden Meinung der Fachärzte habe sie gegen eine neutrale Begutachtung nichts einzuwenden (Urk. 1). 3. 3.1

Laut dem internistisch-allgemeinmedizinischen, neurologischen und psychiatrischen Y.____-Gutachten vom 4. Dezember 2008, welches auf Untersuchungen vom 12. November 2008 basiert, litt die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren unter Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Rückenschmerzen und Schulterschmerzen rechts, Mägensschmerzen,

Blähungen und Verstopfung. Bei der Schilddrüse sei im April/Mai 2008 wieder eine Überfunktion aufgetreten, welche medikamentös behandelt werde. Die internistische Untersuchung mit Laborabklärung ergab weitgehend unauffällige Befunde, insbesondere war die Schilddrüse nicht vergrössert und die Schilddrüsenfunktion im Normbereich (Urk. 7/52 S. 5 ff.). Der psychiatrische Teilgutachter erhob eine leichte depressive Störung im Sinne einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0). Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren die Stimme ihres verstorbenen Vaters höre, wurde von ihm nicht als Symptom einer Schizophrenie interpretiert. Es sei durchaus verbreitet, dass Menschen aus dem Kulturkreis der Beschwerdeführerin mit den Verstorbenen in Gedanken kommunizieren und deren Stimmen hören würden. Wesentlich sei zudem, dass keine anderen Symptome einer Schizophrenie vorhanden seien (Urk. 7/52 S. 7 ff.). Der neurologische Teilgutachter hielt aufgrund seiner Untersuchungsbefunde fest, die von der Beschwerdeführerin geklagte Tagesmüdigkeit, Lust- und Kraftlosigkeit sei in erster Linie mit einer Antriebsstörung aufgrund der bekannten depressiven Störung zu erklären. Zusätzlich bestehe eine Medikation mit sedierenden Substanzen. Zudem bestünden geringe Anhaltspunkte für das Vorliegen eines - von der Ausprägung her eher im Hintergrund stehenden - obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms. Die beklagten chronischen Nacken- und Kopfschmerzen mit Schmerzausstrahlung in den rechten Oberarm seien mit Blick auf die am 1. Februar 2007 konventionell-radiologisch erhobenen altersentsprechenden, leichten degenerativen Veränderungen als leichtes tendomyopathisches

Zervikalsyndrom zu interpretieren. Die anlässlich der klinischen Untersuchung gezeigte mittelgradige Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule habe sich bei Ablenkung nicht mehr beobachten lassen. Zudem habe die Beschwerdeführerin chronische lumbale Rückenschmerzen sowie eine leichte Sensibilitätsstörung ventrolateral am rechten Oberschenkel beklagt. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine radiokuläre Reizbeziehung sowie sensomotorische Ausfallsymptomatik im Bereich der unteren Extremitäten, die konventionelle Bildgebung der Lendenwirbelsäule lasse kaum degenerative Veränderungen erkennen (Urk. 7/52 S. 11 ff.).

In der abschliessenden interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, im Vordergrund stehe die allgemeine Müdigkeit verbunden mit Rücken- und Nackenschmerzen. Aufgrund der leichten depressiven Episode sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu 20 % eingeschränkt. Die erhöhte Tagesmüdigkeit hänge vor allem auch mit der sedierenden Medikation zusammen. Die Serumspiegeluntersuchung habe eine erhebliche Überdosierung von Seroquel ergeben. In therapeutischer Hinsicht sei deshalb die starke Reduktion der Medikation zu empfehlen. Das auf geringgradige, radiologisch nachgewiesene degenerative Veränderungen zurückzuführende zervikozephalale und lumbale Schmerzsyndrom habe aus neurologischer Sicht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer anderen, körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit. Durch die subjektive Krankheitsempfindung und die Doppelbelastung in Haushalt und Beruf werde es für die Beschwerdeführerin wohl schwierig sein, die nötige Motivation aufzubringen, um ihr Arbeitspensum zu steigern. Rein medizinisch-theoretisch sei es ihr aber zumutbar, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um in der bisherigen oder einer anderen körperlich leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit zu 80 % zu arbeiten. Über die Zeit gemittelt sei auch retrospektiv mindestens seit dem 13. Januar 2005

von einer derartigen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 7 /52 S. 15 ff.). 3.2

Die Ärzte der psychiatrischen Poliklinik des F.____, welche bereits im Jahr 2005 bei der Beschwerdeführerin eine leichte depressive Störung festgestellt hatten, behandelten sie vom 14. April bis 11. September 2009 ambulant. Zu Beginn bestand gemäss dem Abschlussbericht vom 18. November 2009 ein schwer depressives Zustandsbild mit Stimmenhören, wobei dieses im Zusammenhang mit der schweren depressiven Störung als psychotisches Symptom gewertet wurde. Im Verlauf der Behandlung kam bei den Ärzten wegen der

festgestellten regelmässigen Einnahme von

Temesta

der dringende Verdacht auf, dass die Beschwerdeführerin von Sedativa abhängig war. Zur Reduktion von Temesta und Optimierung der antidepressiven Behandlung organisierten sie deshalb einen stationären Aufenthalt in der G.____ (Urk. 7/74/5).

MRI-Bilder der Halswirbelsäule vom 15. September 2009 zeigten eine mässige bis starke Spondylose und Osteochondrose mit rechtsbetont grossen Retrospondylophyten im Segment C5/6, welche nach Beurteilung des Radiologen eine Irritation der austretenden Nervenwurzeln C6 rechts möglich erscheinen liess. Im Segment C6/7 wurde eine mittelgrosse bis grosse Diskushernie medio-lateral links mit Kompression der austretenden Nervenwurzel C7 links ersichtlich (Urk. 7 /71).

Vom 5. Oktober bis 13. November 2009 war die Beschwerdeführerin in der G.____ hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 9. Dezember 2009 ist zu entnehmen, dass sie weiterhin zu 50 % als Hauswirtschafterin arbeitete, sich aufgrund der neu aufgetretenen Diskushernie und der dadurch bedingten Verschlimmerung der vorbestehenden Schmerzen ihrer Arbeit kaum gewachsen fühlte und dekompenzierte. In somatischer Hinsicht wird im Bericht erwähnt, die Beschwerdeführerin habe aufgrund der Diskushernie ausstrahlende Schmerzen im linken Arm, besonders bei Elevation. Ein EEG vom 19. Oktober 2009 habe Hinweise auf eine eingelagerte Theta-Aktivität ergeben. Im Verlauf habe sich die depressive Symptomatik gebessert. Zudem habe die Einnahme der Benzodiazepine schrittweise reduziert werden können. Als psychiatrische Diagnosen führten die Ärzte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) sowie eine Störung durch Sedativa und Hypnotika (F13.10) auf (Urk. 7 /75 S. 3 ff.).

Aufgrund der Symptomatik bei Abschluss der Behandlung diagnostizierten die Ärzte der psychiatrischen Poliklinik des F.____ im Abschlussbericht vom 18. November 2009

eine leichte bis mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10: F33.19) sowie eine Störung durch Sedativa, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F13.20; Urk. 7 /74). 3.3

Am 16. Juni 2011 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der IV-Stelle in der Klinik Z.____ neurologisch, psychiatrisch und neuropsychologisch begutachtet. Das Gutachten wurde am 28. September 2011 fertiggestellt. Der neurologische Teilgutachter konnte keine ausreichenden Anhaltspunkte für

behindernde

Gesundheitsstörungen im zentralen und peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen feststellen. Für die von der Beschwerdeführerin

vorgetragene Beschwerden habe sich in der körperlichen Untersuchung kein ausreichendes Korrelat finden lassen. Angesichts der bei der Befundaufnahme beobachteten groben Diskrepanz zwischen den anamnästischen Angaben zur Schmerzstärke und dem unbeeinträchtigten Eindruck, den die Beschwerdeführerin während der klinischen Untersuchung gemacht habe, sowie der starken Diskrepanz zwischen der in der formalen Prüfung demonstrierten Bewegungseinschränkung und der freien Beweglichkeit ausserhalb der formalen Untersuchungssituation seien die Kriterien für eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Beschwerden als erfüllt anzusehen. Dies müsse bei der Bewertung der von der Beschwerdeführerin vorgetragene Beschwerden berücksichtigt werden. Insgesamt bestünden auch retrospektiv keine Anhaltspunkte für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit aus neurologischer Sicht (Urk. 7/95/11-13). Die eingehende psychiatrische und neuropsychologische Begutachtung ergab die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0). Dem Teilgutachten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin angab, nach einer Radio-Jodtherapie etwa im Jahr 2004 seien Depressionen aufgetreten. Aktuell werde sie mit Venlafaxin antidepressiv medikamentös behandelt, worunter es angesichts des aktuellen psychischen Befunds einer nicht mehr krankheitswertigen subdepressiven Stimmung offen sichtlich zu einer Besserung des Störungsbilds im Vergleich zu den Vorberichten gekommen sei. Aktuell seien insbesondere keine psychotischen Symptome erhoben worden, weshalb eine aktive/krankheitswertige Psychose nicht wahrscheinlich sei. In der neuropsychologischen Untersuchung habe sich kein ausreichender Hinweis für eine kognitive Störung ergeben, hingegen sei anlässlich der Testung der Eindruck einer bewusstseinsnahen Aggravation entstanden. Insgesamt hätten keine die Arbeitsfähigkeit mindernden Befunde erhoben werden können, vielmehr sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Mit Blick auf die Vorberichte, in welchen teils eine mittelgradige Depression diagnostiziert worden sei, könne im Sinne einer pragmatischen Schätzung davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin wahrscheinlich in den Jahren 2008, 2009 und 2010 zumindest zeitweise mehr als zu 20 % arbeitsunfähig gewesen sei. Gemäss dem

Bericht des Vertrauensarztes der Pensionskasse Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 13. Januar 2011 (Urk. 7/85), habe damals nur noch eine leichte depressive Stimmung erhoben werden können. Deshalb könne davon ausgegangen werden, dass ab dem Jahr 2011 nur noch eine leichtgradige Depression und damit auch keine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit

mehr bestanden habe (Urk. 7/95/30-34; vgl. auch Urk. 7/109-111). 3.4

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie, behandelte die Beschwerdeführerin ab dem 14. September 2011. Er hielt fest, in den letzten Monaten sei es trotz regelmässiger psychotherapeutischer Gespräche und psychopharmakologischer Behandlung zu einer starken Exazerbation der depressiven Symptomatik mit Schlafstörungen, Antriebs- und Energielosigkeit, eingengtem Denken rund um die aktuell schwierige Lebenssituation, verstärkten Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit sowie latent vorhandener Suizidalität gekommen. Im Beck-Depressions-Inventar (BDI) habe die Beschwerdeführerin einen Summenwert von 46 erreicht, was für eine starke depressive Reaktion spreche. Diagnostisch sei von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere Episode (ICD-10: F33.1/F33.2) auszugehen. Vor diesem Hintergrund bestehe

aktuell und prognostisch nur eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit entsprechend einem 50%-Pensum, welchem die Beschwerdeführerin aktuell nur mit Mühe und grossem Engagement sowie Pflichtbewusstsein nachzukommen vermöge (Urk. 7/105; vgl. auch Urk. 7/106).

3.5

In einem Bericht vom 21. Januar 2014 beurteilten Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie, Dr. med. M.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, Dr. med. N.____, Facharzt für Anästhesiologie, Dr. med. O.____, Facharzt für Rheumatologie, med. pract. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Dr. phil. K.____ vom B.____ die Behandlungsmöglichkeiten und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht. Sie diagnostizierten zunächst ein zervikozephaleres Schmerzsyndrom mit einer leichten Chondrose und rechtsseitig kleinen Retrospondylophyten im Segment C4/5, mit einer mässigen bis starken Spondylose und Osteochondrose mit rechtsbetont grossen Retrospondylophyten im Segment C5/6, wobei eine Irritation der austretenden Nervenwurzeln bei C6 rechts möglich sei, mit einer starken

Osteochondrose, kleinen

Retrospondylophyten, einer mittelgrossen bis grossen Diskushernie medio-lateral links, einem vorwiegend diskogen bedingt eingeengten Neuroforamen im Segment C6/7 sowie einer Kompression der austretenden Nervenwurzel C7 links und mit links betont leichten Spondylarthrosen im Segment C7/Th 1. Als weitere Diagnosen erwähnten die Ärzte ein lumbales Schmerzsyndrom, Schmerzen in den Schultern beidseits bei einer Periarthritis humerascapularis rechts und einem Impingementsyndrom der Schulter rechts, einen Status nach Supinationstrauma OSG rechts mit Läsion des lateralen Band-/Kapselapparates am 28. April 2010, ein Karpaltunnelsyndrom rechts mittelgradiger Ausprägung, einen Morbus Basedow (Erstdiagnose im Februar 2002), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Während der Chirurg Dr. D.____

und der Orthopäde Dr. M.____ in der klinischen Untersuchung einen paravertebralen Muskelhartspann erhoben, ergab die Untersuchung durch den Rheumatologen Dr. O.____ eine nicht verspannte paravertebrale Muskulatur. Der Rheumatologe wies sodann darauf hin, bei der Untersuchung der Rotation der Halswirbelsäule und der Abduktion der Schultergelenke habe die Beschwerdeführerin jeweils ab 20° respektive ab 100° muskulär gegengespannt, bei Ablenkung habe aber jeweils eine deutlich bessere Beweglichkeit festgestellt werden können. Die Ärzte hielten fest, aus somatischer Sicht sei eine deutliche klinische Verschlechterung der Symptomatik im Bereich der Wirbelsäule mit seit einem Jahr deutlicher Verschlimmerung der Schmerzen eingetreten. Aus psychosomatischer und psychiatrischer Sicht seien eine belastungsabhängige Zunahme der Schmerzen und der Depression zu vermerken. Die Beschwerdeführerin erklärte den Ärzten, sie könne noch leichte Haushaltarbeiten ausführen und daneben zu 50 % arbeiten. Der abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist zu entnehmen, dass der Rheumatologe aus seiner Fachwarte keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren konnte, hingegen in Übereinstimmung mit der Position des Anästhesiologen festhielt, die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung aller Facetten ihrer Persönlichkeit aus schmerztherapeutischer Sicht nicht mehr zumutbar. Da sowohl der Chirurg als auch der Orthopäde eine optimistischere Einschätzung vertraten, einigten sich die Ärzte in ihrer

Konsens-Beurteilung unter Berücksichtigung der Depression sowie der restlichen Diagnosen, des positiven und negativen Leistungsbildes der Beschwerdeführerin sowie der beim Ehemann erhobenen Fremdanamnese auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer und somatischer Sicht sowohl für die bisherige als auch für eine leidensangepasste Tätigkeit (Urk. 7/119).

3.6

Im Auftrag der IV-Stelle erstellten Dr. med. P.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. Q.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. S.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie sowie lic. phil. T.____, Neuropsychologe, von der MEDAS C.____

gestützt auf das Studium der zur Verfügung gestellten Akten sowie die persönliche Befragung und klinische Untersuchung der Beschwerdeführerin in den einzelnen Fachbereichen am 6., 16., 17. und 23. Juni sowie am 4. Juli 2014 das interdisziplinäre Gutachten vom 15. September 2014. Die Gutachter hielten zunächst fest, die Beschwerdeführerin arbeite seit Jahren als Mitarbeiterin in einem Altenzentrum im Schichtdienst und sei in den Bereichen Service, Reinigung und auch in der Wäscherei tätig. Seit 2003 arbeite sie nur noch in einem 50%igen Arbeitspensum, was sie mit einer reduzierten Kraft und Energie infolge einer Morbus Basedow-Erkrankung und der deswegen nötigen Radiojodtherapie erkläre. Damals seien die Schilddrüsenwerte im Gegensatz zu heute nicht stabil gewesen. In der Folge seien noch Nackenschmerzen, Schulterschmerzen und Rückenschmerzen aufgetreten, letztere vor allem in den letzten drei Jahren. Zusätzlich klagte die Beschwerdeführerin über Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Schmerzen, welche sich im Verlauf nicht wesentlich gebessert hätten (Urk. 7/129/3, Urk. 7/129/30).

Dem Gutachten ist sodann zu entnehmen, dass aus intern medizinischer Sicht keine Befunde erhoben werden konnten, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen können. Insbesondere bestand bezüglich der früheren Diagnose eines Morbus Basedow eine euthyreote Stoffwechsellage. Hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten chronischen Rückenbeschwerden lumbal und zervikal mit Ausstrahlungen in beide Arme, zum rechten Bein und Schulterbeschwerden mit einer Stärke von 7-8 auf der 10-teiligen visuellen Analogskala hielten die Gutachter fest, objektivierbar seien aus orthopädischer Sicht zwar gewisse Segmentdegenerationen lumbal und zervikal sowie im Zervikalbereich auch Diskopathologien. In neurologischer Hinsicht verursachten diese Befunde jedoch keine klinisch-zervikoradikuläre oder lumboradikuläre Reizsymptomatik respektive sensomotorische Defizite. Zusätzlich bestehe eine beginnende Coxarthrose rechts und eine beginnende mediale Gonarthrose rechts. Aus neurologischer Sicht sei überdies ein Karpaltunnelsyndrom zu diagnostizieren, welches rechtsseitig nachgewiesen und linksseitig zu vermuten sei. Da es sich hierbei um ein in aller Regel gut behandelbares Krankheitsbild handle, resultiere daraus keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Inkonsistent sei, dass die Beschwerdeführerin wegen der angegebenen starken Schmerzen angeblich täglich 3000-4000 mg Dafalgan einnehme, die aktuelle Serumspiegelkontrolle aber keinen Wirkspiegel innerhalb der Schmerzgrenze des Labortests nachzuweisen vermocht habe. Deshalb sei die angegebene Schmerzintensität zu relativieren. Es hätten aber auch zahlreiche andere Befundinkonsistenzen

festgestellt werden können, insbesondere im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung. Insgesamt hätten sowohl eine bewusste negative Antwortverzerrung in anamnestischer Hinsicht als auch mehrfache Hinweise auf eine Aggravation und eine teilweise nicht authentische Symptompräsentation festgestellt werden können (Urk. 7/129/31).

Die psychiatrische Begutachtung ergab gute psychische Funktionen. Zwar zeigten sich im Rahmen des Untersuchungsgesprächs leichte Störungen der Vitalgefühle, eine diskrete Antriebsminderung und streckenweise eine leichte Unsicherheit. Der Gutachter wies aber darauf hin, die Beschwerdeführerin habe zu keinem Zeitpunkt weinerlich oder depressiv herabgestimmt gewirkt und sei stets selbstbewusst gewesen. Sie sei kommunikationsfähig und flexibel, was durch die langjährige Arbeit im Schichtdienst belegt werde. Sie könne auch vielfältige Aufgaben zugleich verrichten. Ferner habe sie den Eindruck vermittelt, bei guter Motivation durchsetzungsfähig und zielstrebig zu sein. Die beobachtete Müdigkeit sei allenfalls medikamentös bedingt und wahrscheinlich auch motivational beeinflusst. Während der psychiatrischen Begutachtung hätten Hinweise für ein demonstratives Verhalten beobachtet werden können, beispielsweise hinsichtlich des gezeigten Aufmerksamkeitsniveaus, welches je nach Gesprächsthema und Interessenlage variiert habe. Deshalb müssten die rein subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin mit Vorsicht gewertet werden (Urk. 7/129/25-30). Auch die neuropsychologische Untersuchung habe nur eine leichte kognitive Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, Gedächtnis- und Exekutivfunktionen ergeben, welche aus Sicht des neuropsychologischen Gutachters eine geringe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

im Sinne einer Minderung der Leistungsfähigkeit um 10 % sowie einer Reduktion der Präsenzzeit bei der Arbeit um 10 % zur Folge habe. Die im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung durchgeführte psychodiagnostische Testung mit dem BDI habe einen Wert von 51 Punkten ergeben. Bei einem Cut-off Wert von 29 von total 63 Punkten für eine schwere Depression spreche dies für subjektiv als schwerwiegend erlebte depressive Symptome (Urk. 7/129/65-67).

Insgesamt sprächen diese Befunde nicht für das Vorliegen einer mittelgradigen oder gar schweren depressiven Störung. Retrospektiv ergäben sich angesichts der Schwierigkeit, die anamnestischen Angaben verlässlich zu werten, Zweifel am Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, aufgrund der langen Dauer und eher geringen Schwankungsbreite der versicherungsmedizinisch objektiv feststellbaren leichtgradigen Symptomatik könne eine Dysthymie in Erwägung gezogen werden. Offensichtlich bestünden sodann leichte Störungen der Schmerzverarbeitung beziehungsweise der Beschwerdeverarbeitung mit verändertem Verhalten. Dabei handle es sich um vorwiegend psychosoziale Faktoren, welche bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden müssten.

In diagnostischer Hinsicht sei bei gesamthafter Betrachtung am ehesten von der Diagnose einer Verhaltensstörung bei körperlichen Störungen (ICD-10: F59) auszugehen. Zu diskutieren sei auch die unterschiedliche Beurteilung der psychischen Befunde durch die Gutachter des Y.____ und der Klinik Z.____ auf der einen Seite und durch die behandelnden Psychiater auf der anderen Seite. Die Beurteilung von Dr. H.____ aus dem Jahr 2008, welcher eine chronische psychotische Erkrankung diagnostiziert habe, sei nicht nachvollziehbar, zumal diese Diagnose später nie mehr erwähnt worden sei und auch die Beschwerdeführerin selbst die Diagnose nicht nachvollziehen könne. Die Angaben von Dr. H.____ wirkten eher einseitig und sehr wohlwollend.

Auch die Beurteilung von Dr. A.____, welcher am 9. Januar 2012 eine mittelschwere oder schwere depressive Episode diagnostiziert habe, sei nicht nachvollziehbar. Dr. A.____ habe sehr stark auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt und habe unter anderem auf den hohen im BDI-Test erzielten Wert hingewiesen. Hierbei handle es sich jedoch um eine rein subjektive Selbstbeurteilungsskala. Angesichts des bereits im Rahmen der neuropsychologischen Testung in der Klinik Z.____ gewonnenen Eindrucks einer bewusstseinsnahen Aggravation müssten rein subjektive anamnestiche Angaben der Beschwerdeführerin mit Vorsicht gewertet werden. Dies erkläre möglicherweise die unterschiedliche Bewertung des Gesundheitszustands in der versicherungsmedizinisch neutralen und in der Wertung unabhängigen Begutachtungssituation gegenüber derjenigen der behandelnden Psychiater, welche im therapeutischen Bündnis der Beschwerdeführerin zugewandt seien. Da sowohl in der Vergangenheit als auch gegenwärtig aus versicherungsmedizinischer Sicht nur leichte Beeinträchtigungen hätten objektiviert werden können, erscheine auch die zuletzt erfolgte interdisziplinäre Beurteilung des B.____, wonach die Beschwerdeführerin nur zu 50 %

arbeitsfähig sei, als wenig substantiell und zu stark auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abstellend. Dies gelte insbesondere für die psychiatrische Beurteilung (Urk. 7/129/31-33).

In der abschliessenden interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, von den körperlichen Beschwerden

hätten lediglich die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit lumbo- sowie zervikospondylothem Syndrom jeweils ohne radikuläre Zeichen eine mässig reduzierte Rückenbelastbarkeit zur Folge. Weiter resultiere aus der beginnenden Coxarthrose rechtsbetont und der beginnenden medialen Gonarthrose rechts eine leicht verminderte Belastbarkeit des rechten Beines. Schliesslich sei eine leichte Minderung der anhaltenden grobmotorischen Belastbarkeit der Hände, insbesondere rechts, aufgrund des diagnostizierten Karpaltunnelsyndroms begründet. Daraus leite sich folgendes somatisches Zumutbarkeitsprofil ab:

Das Heben und Tragen von schweren Lasten über 15 kg sei nicht zumutbar, ebenso ständiges Arbeiten über Kopfhöhe und das Hantieren mit schlagenden, stossenden und vibrierenden Maschinen. Ferner seien Arbeiten in kniender, gebückter und in monotoner Zwangshaltung des Rückens nicht zumutbar wie auch Arbeiten mit ständigem Treppensteigen oder mit einer Zwangshaltung der Beine. Anhaltende grobmotorische belastende manuelle Tätigkeiten seien derzeit und bis zur Behandlung des rechtsbetonten Karpaltunnel-Syndroms ungünstig. Bezüglich der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin im Hausdienst eines Seniorenheims, welche gegenwärtig mit einem Beschäftigungspensum von 50 % ausgeübt werde, seien die Tätigkeiten, welche schwerer seien als die gemäss dem Zumutbarkeitsprofil geeigneten Arbeiten, nicht mehr zumutbar. Die innerhalb der Belastungsgrenzen liegenden Arbeiten könne sie aus somatischer Sicht ohne Einschränkungen ausüben. Lediglich aufgrund der psychiatrischen Diagnose mit der leichten neuropsychologisch ausgewiesenen kognitiven Störung sei die Arbeitsfähigkeit um 20 % eingeschränkt. Für eine dem Gesundheitsschaden adaptierte Tätigkeit bestehe ebenfalls eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung gelte retrospektiv mindestens seit der Begutachtung im September 2011, wahrscheinlich bereits seit November 2008. In somatischer Hinsicht gelte das bisherige Belastbarkeitsprofil wahrscheinlich retrospektiv für die letzten fünf Jahre. Bei dieser Beurteilung seien Kontextfaktoren wie motivationale

Gründe und persönliche Überzeugungen und das Krankheitsrollenverhalten nicht berücksichtigt worden. Diese Faktoren erklärten aber die Diskrepanz zwischen der subjektiv zu niedrigen Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit und der versicherungsmedizinisch deutlich höheren Bewertung (Urk. 7/129/33-35).

In seiner Stellungnahme zu Ergänzungsfragen der IV-Stelle (vgl. Urk. 7/132) führte der psychiatrische Gutachter der MEDAS C.____ aus, in der fast vierstündigen neuropsychologischen Untersuchung mit zwei Symptomvalidierungstests hätten keine Anhaltspunkte für eine deutliche Aggravation gefunden werden können. Deshalb seien die Untersuchungsergebnisse konsistent. Die erhobenen neuropsychologischen Funktionsstörungen könnten vor dem Hintergrund der von ihm diagnostizierten psychischen Störung erklärt werden. Bei den nicht näher bezeichneten Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10: F59) handle es sich um eine Restkategorie, über welche kaum geforscht werde. Einen eindeutigen wissenschaftlichen Beleg für einen Zusammenhang zwischen der gestellten Diagnose und den kognitiven Einschränkungen gebe es nicht.

Zu beachten sei aber, dass psychische Störungen oftmals kognitive Einschränkungen mit sich brächten und bereits in der Vergangenheit psychische Einschränkungen der Beschwerdeführerin wie eine depressive Stimmungslage und eine extreme Müdigkeit beschrieben worden seien, welche in der Regel kognitive und mentale Einschränkungen zur Folge hätten.

Dement sprechend sei davon auszugehen, dass die im Rahmen der Begutachtung durch neuropsychologische Tests erhobenen leichten kognitiven Defizite eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten (Urk. 7/133). 3.7

In seinem Verlaufsbericht vom 19. Dezember 2014 stellte der behandelnde Chirurg Dr. D.____ vom B.____ verglichen mit dem Vorbericht des B.____ vom 21. Januar 2014 (Urk. 7/119/1) im Wesentlichen identische Diagnosen, mit Ausnahme des Verdachts auf eine Rotatorenmanschettenruptur in der rechten Schulter mit/bei der bereits bekannten Periarthritis humerocapularis und dem Impingementsyndrom. Eine Befundverschlechterung bei den bereits bekannten Diagnosen erwähnte er nicht. Ferner attestierte er der Beschwerdeführerin unverändert eine 50%ige Arbeitsfähigkeit im Rahmen des von ihm bereits im Bericht vom 21. Januar 2014 definierten Belastbarkeitsprofils (Urk. 7/119/6, Urk. 7/139).

Am 27. Januar 2015 nahm Dr. J.____ vom B.____ Stellung zum Gutachten der MEDAS C.____. Er hielt fest, das psychiatrische Teilgutachten sei dermassen mangelhaft, dass darauf nicht abgestellt werden könne. Zunächst seien diverse biographische Daten in der Anamnese (genaue Einreise in die Schweiz, Nationalität, Arbeitsaufnahme) falsch aufgenommen worden. Sodann seien die Beschwerden oberflächlich aufgenommen worden. Psychische Symptome wie sozialer Rückzug (keine Kontakte mit Arbeitskollegen ausserhalb der Arbeit), Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Verlust von Selbstvertrauen, Traurigkeit und Schuldgefühle seien unberücksichtigt geblieben. Eine Fremdanamnese fehle. Der Ehemann meinte, die Beschwerdeführerin sei nach der Arbeit derart müde, dass sie nur noch liege. Der Haushalt werde grösstenteils vom Ehemann und vom Sohn besorgt. Die Fremdbeurteilung im B.____ mit der Hamilton-Depressions-Skala (HAMD) habe im Jahr 2013 eine mittelgradige Depression ergeben, was mit dem klinischen Eindruck übereinstimme. Zudem bestehe

eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Der Beurteilung im Gutachten, dass entgegen der Beurteilung von Dr. H.____ keine Schizophrenie vorliege, könne gefolgt werden. Die psychiatrischen Diagnosen hätten zusammen mit den somatischen Diagnosen zur Folge, dass die Beschwerdeführerin auch in leidensangepassten Tätigkeiten zu 50 % arbeitsunfähig sei (Urk. 3/2). 4.

4.1

Das Gutachten der MEDAS C.____ vom 15. September 2014 beruht auf allseitigen medizinisch-somatischen und –psychiatrischen Untersuchungen, erging unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und der Vorakten. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen. Das Gutachten ist damit nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung grundsätzlich voll beweiskräftig (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 4.2

Zu beachten ist sodann Folgendes:

Soweit die Beschwerdeführerin sinngemäss geltend macht, auf das Gutachten der MEDAS C.____

könne nicht abgestellt werden, weil diese von der IV-Stelle regelmässig Gutachtensaufträge erhalte und deshalb nicht mehr als unabhängig gelten könne, ist auf BGE 137 V 210 hinzuweisen; in dieser Entscheidung vom 28. Juni 2011 hat das Bundesgericht die Medizinischen Abklärungsstellen der Invalidenversicherung als verfassungskonform und der Europäischen Menschenrechtskonvention entsprechend qualifiziert. Konkrete Hinweise auf eine Befangenheit der Gutachter werden von der Beschwerdeführerin weder genannt, noch ergeben sich solche aus den Akten. Der von der Beschwerdeführerin erhobene Vorwurf, die Begutachtung habe knapp eine Stunde gedauert, wird bereits durch den Umstand widerlegt, dass die neurologische Untersuchung 90 Minuten dauerte (Urk. 7/129/41).

Es fällt auf, dass in sämtlichen von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Gutachten - sowohl im

Y.____ -Gutachten vom 4. Dezember 2008 (Urk. 7/52/14), in der Expertise der Klinik Z.____ vom 28. September 2011 (Urk. 7/52/11-12) sowie im Gutachten der MEDAS C.____ vom 15. September 2014 (Urk. 7/129/31 -32)

- inkonsistentes Verhalten der Beschwerdeführerin im Sinne von Aggravation

beziehungsweise einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Beschwerden, einer nicht authentischen Symptompräsentation sowie einer bewussten negativen Antwortverzerrung in anamnestischer Hinsicht erwähnt wird.

Damit einher ging eine subjektiv zu geringe Selbsteinschätzung hinsichtlich des noch zumutbaren Arbeitspensums (Urk. 7/52/17, Urk. 7/95/4, Urk. 7/95/12, Urk. 7/129/34). Diese wiederholt aus der versicherungsmedizinischen Optik gemachten Beobachtungen erscheinen glaubwürdig, zumal auch der behandelnde Rheumatologe Dr. O.____ vom B.____ beobachtete, dass die Beweglichkeit der Halswirbelsäule und der Schultergelenke bei Ablenkung der Beschwerdeführerin deutlich besser war und dass die Einnahme der verordneten Schmerzmedikamente im Medikamentenspiegel teilweise nicht nachweisbar war (Urk. 7/119/2, Urk. 7/119/5). Demgegenüber fällt auf, dass die behandelnden Ärzte,

mit Ausnahme von Dr. O.____, dieses Verhalten in ihren Berichten weder erwähnten noch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigten. Bereits aus diesem Grund kann zur Bestimmung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nicht auf ihre Stellungnahmen abgestellt werden, zumal invalidenversicherungsrechtlich nur dann eine relevante Arbeitsunfähigkeit angenommen werden darf, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (vorstehend E. 1.2).

Zwar wurde im MEDAS- Gutachten hinsichtlich der rechten Schulter keine Diagnose gestellt, während Dr. D.____ im Verlaufsbericht vom 19. Dezember 2014 den Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur in der rechten Schulter mit/bei der bereits bekannten Periarthritis humerocapularis und dem Impingementssyndrom erwähnte. Zu beachten ist aber, dass Dr. D.____ der Beschwerdeführerin im Vergleich zu seinem Vorbericht vom 21. Januar 2014 eine unveränderte 50%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten attestierte (Urk. 7/139), weshalb bezüglich der Schulter nicht von einer wesentlichen gesundheitlichen Verschlechterung auszugehen ist. Zudem wurden die von der Beschwerdeführerin geklagten Schulterbeschwerden im MEDAS-Gutachten durchaus mitberücksichtigt (Urk. 7/129/31, Urk. 7/129/42, Urk. 7/129/48-49, Urk. 7/129/53). Die klinische Untersuchung des orthopädischen Teilgutachters ergab indessen keine schweren Einschränkungen (Urk. 7/129/53).

Der Gutachter wies darauf hin, die demonstrierte Einschränkung der Schulterbeweglichkeit sei inkonsistent, da sich bei passiver Bewegung der Schultern eine normale Beweglichkeit gezeigt habe (Urk. 7/129/58). Unter diesen Umständen erscheint es nachvollziehbar, dass die MEDAS-Gutachter hinsichtlich der Schultern keine Diagnose stellten. Im Übrigen anerkannten sie

bei der Festsetzung des

Zumutbarkeitsprofils, dass die Beschwerdeführerin keine ständigen Überkopfarbeiten mehr ausüben könne (Urk. 7/129/33).

Von den MEDAS-Gutachtern wurde sodann auch das beginnende Karpaltunnelsyndrom berücksichtigt, allerdings unter Hinweis darauf, dass diese Diagnose lediglich zu einer leichten Minderung der grobmotorischen Belastbarkeit der Hände führe (Urk. 7/129/33, Urk. 7/129/46). Auch die Ärzte des B.____ gingen nicht davon aus, dass diese Problematik die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (Urk. 7/119/1-2, Urk. 7/119/6-7).

Die orthopädischen und neurologischen Gutachter der MEDAS C.____

beurteilten die von der Wirbelsäule ausgehenden Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung sämtlicher, bereits von den Ärzten des B.____ erwähnten (vgl. Urk. 7/119/1), auf Röntgen- und MRI-Bildern objektivierten Befunde (Urk. 7/129/54-59). Bei der Einschätzung der davon ausgehenden funktionellen Beeinträchtigungen berücksichtigten sie zusätzlich aber auch ihre klinischen Untersuchungsbefunde, insbesondere den Umstand, dass aus neurologischer Sicht weder eine

zervikale oder lumboradikuläre Reizsymptomatik noch sensomotorische Defizite erhoben werden konnten, sowie die beobachteten Befundinkonsistenzen (Urk. 7/129/31). Dadurch lässt sich ihre im Vergleich zur Beurteilung der Ärzte des B.____ optimistischere Einschätzung der verbleibenden körperlichen Leistungsfähigkeit erklären.

Bei der vom psychiatrischen MEDAS-Gutachter diagnostizierten Verhaltensstörung bei körperlichen Störungen (ICD-10: F59) handelt es sich nicht um eine anhaltende

somatoforme Schmerzstörung (Urteil des Bundesgerichts 8C_567/2009 vom 17. September 2009, E. 5) oder eine andere, der Gruppe der somatoformen Störungen (ICD-10: F45) zuzuordnende Erkrankung. Dr. J.____

vom B.____

begründete seine Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) nicht (Urk. 3/2, Urk. 7/119), weshalb seine Diagnosestellung diejenige der MEDAS-Gutachter nicht zu erschüttern vermag.

Dem auf einer Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 17. Juni 2014 basierenden psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS C.____

ist zu entnehmen, dass im bisherigen Verlauf von höchstens leichtgradigen depressiven Symptomen mit geringer Schwankungsbreite im Sinne einer Dysphymie

auszugehen sei. Dies wird vom psychiatrischen MEDAS-Gutachter damit begründet, dass die bisherigen versicherungsspsychiatrischen Begutachtungen im Y.____ am 12. November 2008

(Urk. 7/52/7-11) sowie in der Klinik Z.____

am 16. Juni 2011 (Urk. 7/95/15-34) lediglich eine leichtgradige Symptomatik (im Sinne einer leichten depressiven Episode beziehungsweise einer subdepressiven Stimmung) ergeben hätten, und die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin nicht verlässlich seien. Angesichts der immer wieder festgestellten Inkonsistenzen im Verhalten der Beschwerdeführerin ist diese Beurteilung nachvollziehbar. Die zu stark auf subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin basierenden Beurteilungen der behandelnden Psychiater sind demgegenüber nicht geeignet, etwas anderes zu belegen. Zu beachten ist auch, dass die Ärzte des F.____, Psychiatrische Polyklinik, in ihrem Bericht vom 10. April 2006 (Urk. 7/20/1) sowie der Vertrauensarzt der Pensionskasse Dr. L.____ in seiner Untersuchung vom 7. Januar 2011 ebenfalls nur eine leicht depressive Stimmung feststellten (Urk. 7/85/3). Zudem fällt auf, dass die Ärzte des F.____, Psychiatrische Polyklinik, der Beschwerdeführerin am 24. Juli 2009, also unmittelbar nachdem sie den negativen Vorbescheid der IV-Stelle vom 16. Juni 2009 erhalten hatte, eine Verschlimmerung der Depression im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode attestierten (Urk. 7/69). Dies spricht dafür, dass die Schwankungen der Depression zumindest teilweise psychosozialer Natur waren (vgl. vorstehende E).

E. 7

Februar 2015 – und somit nach Inkrafttreten der IV-Revisionen 5 und 6a – ergangen, wobei aber ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen, ab 1. Januar 2008 auf die neuen Normen der 5. IV-Revision sowie ab 1. Januar 2012 auf die revidierten Bestimmungen der Revision 6a abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445

.; Urteil des Bundesgerichts I 428 /04 vom 7. Juni 2006 E. 1).

Da die 5. IV-Revision hinsichtlich Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass

die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2), werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen – soweit nichts anderes vermerkt ist – im Folgenden in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden und mit der Revision 6a unverändert gebliebenen Fassung zitiert.

E. 9

) . Daraus resultiert ein jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 49'244.40

(Fr. 3'893.-- x

E. 12

: 40 x 41,7 : 116.6

x 117.9) im Vollzeitpensum sowie Fr. 39'395.55 im noch zumutbaren 80%-Pensum . Selbst wenn bei grosszügiger Betrachtung zusätzlich ein leidensbedingter Abzug (vgl. BGE 126 V 75) von 15 % berücksichtigt wird, resultiert, wird das Valideneinkommen von Fr. 51'824.10 mit dem auf diese Weise ermittelten und auf das noch zumutbare 80%-Pensum umgerechneten Invalideneinkommen von Fr. 33'486.20 verglichen, bei einem invaliditätsbedingten Minderverdienst von Fr. 18'337.90 ein Invaliditätsgrad von 35 % . Da damit die für die Entstehung eines Rentenanspruchs relevante Schwelle von 40 % nicht erreicht wird (vorstehend E. 1.4) , hat die IV-Stelle einen solchen zu Recht verneint. 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 (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) auf Fr. 800.-- festzulegen. Ausgangsgemäss sind die Kosten der unterliegenden Beschwerde führerin aufzuerlegen.

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: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt

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