

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00767 vom 5. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00767](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00767)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00767 du 5 septembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00767 del 5 settembre 2016

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1964, ist seit dem 1. November 2001 Geschäftsführerin der Y.\_\_\_\_ GmbH, welche ein Café betreibt (vgl. Urk. 7/15). Am 31. Januar 2013 meldete sie sich unter Hinweis auf Müdigkeit, Schmerzen in der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie im linken Ellbogen und beiden Beinen, Atemnot sowie Unterbauchschmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation (Urk. 7/2, Urk. 7/8, Urk. 7/11) ab und teilte der Versicherten am 15. März 2013 mit, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht nötig seien (Urk. 7/12). Nach weiteren Abklärungen der medizinischen und erwerblichen Situation (Urk. 7/13-16, Urk. 7/18-19, Urk. 7/21-22, Urk. 7/25-26) stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 13. Mai 2014 (Urk. 7/30) die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht, wogegen die Versicherte Einwände erhob (Urk. 7/36). Die IV-Stelle veranlasste daraufhin eine interdisziplinäre Begutachtung in den Fachdisziplinen Rheumatologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, über welche am 13. Februar

2015 sowie ergänzend am 7. April

2015 berichtet wurde (Urk. 7/48, Urk. 7/51). Am 20. April 2015 forderte die IV-Stelle die Versicherte zur Stellungnahme auf (Urk. 7/52).

Nachdem die Versicherte ihre Stellungnahme einreicht hatte (Urk. 7/53), hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. Juni 2015 (Urk. 7/55 = Urk. 2) an ihrem Vorbescheid fest und verneinte einen Leistungsanspruch.

### E. 1.1

(S. 2 Ziff. 1.6-1.7). Es fände weder eine medikamentöse noch eine sonstige Therapie statt (S. 2 Ziff. 1.5). 3.3

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, A.\_\_\_\_, Klinik für Gynäkologie, bestätigte mit Berichten vom 3. Mai 2013 (Urk. 7/16) sowie 16. Mai 2013 (Urk. 7/18) die bisher gestellten Diagnosen (jeweils S.

1 Ziff. 1.1). Es lägen keine Hinweise auf Rezidive oder Komplikationen des Endometriumkarzinoms beziehungsweise der vorgängigen Therapien vor (jeweils S. 2 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin sei vom 19. Juli bis 18. August

2012 zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Aus ihrer Sicht bestehe im Moment keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine solche sei langfristig vom Verlauf der Grundkrankheit abhängig (jeweils S. 2 f. Ziff. 1.6, Ziff. 1.11). 3.4

Dem vom Hausarzt

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 14. Mai

2013 zuhanden der zuständigen Krankentaggeldversicherung erstellten Bericht (Urk. 7/19/6-8 = Urk. 7/21/3-5) sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 1 Ziff. 3): - pulmonale Sarkoidose, Stadium II, ED Juli 2012 - Schulter links: sarkoidale Granulome - Polyarthralgien im Rahmen der Sarkoidose; DD: rheumatoide Polyarthrit - Epicondylitis

lateralis links - endometrioides

Endometriumkarzinom - mediane Längslaparotomie, abdominale Hysterektomie mit Adnexektomie beidseits, Peritoneal- und Omentumbiopsie am 23. Juli 2012 - Depression - Zervikobrachialsyndrom

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Thyreoidektomie bei Struma nodosa sowie einen Verdacht auf eine arterielle Hypertonie (S. 2 Ziff. 3). Die Prognose sei ungewiss (S.

2 Ziff. 5). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig. Eine Umschulung sei nicht möglich (S. 2 Ziff. 6-8). 3.5

Der behandelnde Psychiater Dr. med. univ. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Bericht vom 7. Februar 2014 (Urk. 7/25 = Urk. 7/26) an, dass er die Beschwerdeführerin seit Juni 2013 behandle und eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren könne (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht höchstens zu 50 % belastbar und dies auch nur deshalb, weil sie als Geschäftsführerin ihr Arbeitspensum selber einteilen könne. Die Arbeitsfähigkeit hänge auch stark von der somatischen Problematik ab (S. 3). 3.6

Am 13. Februar 2015 erstatteten die Ärzte der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) F.\_\_\_\_ ihr interdisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Rheumatologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie zuhanden der

Beschwerdegeherin (Urk. 7/48). Dabei gaben sie folgende Diagnosen an (S. 22 Ziff. 4): - leichte depressive Störung (ICD-10 F32.0), DD: anhaltende affektive Störung (ICD-10 F34), DD: anhaltende Anpassungsstörung im Sinne einer langandauernden Überbelastung und Trauerreaktion bei Erkrankung des Ehemannes und eigener chronischer Erkrankung (ICD-10 F43.21) - myofasziales

Zervikobrachialsyndrom links - laut Akten pulmonale Sarkoidose ohne Anhaltspunkte für eine Beteiligung des Bewegungsapparates - Status nach Hysterektomie mit Adnexentfernung und Nachbestrahlung 2012 aufgrund eines Endometriumkarzinoms

In der rheumatologischen Untersuchung habe klinisch ein mehrheitlich myotendinotisch bedingtes Zervikobrachialsyndrom links festgestellt werden können. Die radiologischen Befunde würden diskrete degenerative Veränderungen zeigen, die weitgehend dem Alter der Beschwerdeführerin entsprechen. Es ergäben sich keine Anhaltspunkte für ein radikuläres Kompressionssyndrom. Die klinische Untersuchung habe eine Fehlstatik der Wirbelsäule, Muskelverhärtungen im Nacken-Schultergürtel sowie eine diffuse Druckschmerzhaftigkeit mit Kneifschmerz am linken Oberarm und teilweise am Vorderarm gezeigt. Eine vermehrte Druckschmerzhaftigkeit der Weichteile zeige sich auch in der Hüftregion, wobei die

Beschwerdeführerin in diesem Bereich keine Schmerzen beklagt habe. In Anbetracht der belastenden psychosozialen Situation könnte es sich hierbei um Vorboten einer Schmerzgeneralisierung in Form eines Fibromyalgiesyndroms handeln. Im Rahmen der bekannten Sarkoidose hätten sich bis anhin keine Anhaltspunkte für eine Beteiligung des Bewegungsapparates ergeben (S. 19 Ziff. 2.6.1).

Aus psychiatrischer Sicht seien bei der Beschwerdeführerin depressive Symptome erkennbar. So lägen eine depressive Verstimmung und eine ständige überwertige Besorgnis mit Grübelneigung vor. Zudem leide die Beschwerdeführerin an Ein- und Durchschlafstörungen und es bestünden passive Suizidwünsche. Auch lägen Aufmerksamkeits- sowie Merkfähigkeitsstörungen vor. Die Beschwerdeführerin sei reizbar und habe sich sozial zurückgezogen. Schliesslich lägen Hinweise auf ein erhöhtes Angstniveau vor. Insgesamt bestehe seit mindestens Juni 2012 eine klinisch relevante depressive Symptomatik, welche in ihrer Ausprägung leicht bis mittelschwer sei (S. 20 f. Ziff. 3).

In rheumatologischer Hinsicht sei die Beschwerdeführerin weder in der bisherigen noch in einer anderen Tätigkeit in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht sei sie durch die Haushaltsführung, die Unterstützung ihres rollstuhlpflichtigen Ehemannes sowie die Führung des eigenen Cafés überlastet. Die zeitliche Grössenordnung der Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht schwer quantifizierbar. Soweit dies beurteilbar sei, gehe es um eine zeitliche Einschränkung von 1-2 Stunden pro Tag ein schliesslich der Pausen. Die Einschränkung in einer anderen Tätigkeit sei noch schwerer einzuschätzen und liege leicht unter derjenigen für die aktuelle Tätigkeit (S. 22 ff. Ziff. 5-5.2). Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bereits seit Frühjahr 2014 lediglich noch in der Grössenordnung von 80 % arbeitsfähig sei (S. 26 Ziff. 5.4).

Eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei notwendig. Die therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. So finde die Psychotherapie nicht mehr statt und die Beschwerdeführerin nehme von den ursprünglich zwei verordneten Antidepressiva aktuell noch ein selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI; S. 25 Ziff. 5.3). 3.7

Am 7. April 2015 beantwortete die psychiatrische Gutachterin der MEDAS F.\_\_\_\_ die von der Beschwerdegegnerin gestellten Rückfragen zur Arbeitsfähigkeit, wobei sie jeweils auf die bereits im Gutachten getätigten Ausführungen verwies (vgl. Schreiben vom 7. April 2015, Urk. 7/51). 3.

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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.

### **E. 1.3**

), wobei leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C\_836/2014 vom 23. März

2015 E. 3.1, 9C\_474/2013 vom 20.

Februar

2014 E. 5.4, 9C\_696/2012 vom 19. Juni

2013 E. 4.3.2.1, 9C\_250/2012 vom 29. November

2012 E. 5, 9C\_736/2011 vom 7.

Februar

2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C\_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen

therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut anheubar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektive rene de Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan ( BGE 141 V 281 E. 3.7.1- 3.7.3 ). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungen möglicherweise in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden ( BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E. 5.2; Urteile des Bundesgerichtes 9C\_13/2016 vom 14. April

2016 E. 4.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai

2016 E. 4. 1). 4.4

Hinsichtlich der Beurteilung einer konsequenten Depressionstherapie fällt auf, dass die Beschwerdeführerin in keiner psychotherapeutischen ambulanten Therapie mehr steht (vgl. Urk. 7/48 S. 13 oben). Die Gutachter der MEDAS F.\_\_\_\_ erachteten eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung allerdings als notwendig, auch um die aktuelle Leistungsfähigkeit langfristig aufrechtzuerhalten ( Urk. 7/48 S.

26 oben). Von den ursprünglich zwei verordneten Antidepressiva nimmt die Beschwerdeführerin zudem nur noch eines zu sich ( Urk. 7/48 S.

25 Ziff. 5.3).

Es fehlt somit an einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden erst als resistent ausweisen würde. Im Übrigen weist auch der Tagesablauf der Beschwerdeführerin nicht auf einen erheblichen

Leidensdruck hin. So stehe sie gegen 7.00 Uhr auf und erledige die Morgentoilette. Manchmal lege sie sich nochmal hin. Wenn sie munter genug sei, erledige sie die Haushaltsarbeit. Von 10.00 Uhr bis 19.00 oder 19.30 Uhr arbeite sie im Restaurant. Man

chmal könne sie nicht arbeiten; dies komme ein paar Mal pro Monat vor. Nach der Rückkehr von der Arbeit bereite sie das Abendessen zu und erledige noch einige Haushaltsarbeiten oder schaue fern. In der Regel gehe sie um 23.30 Uhr ins Bett (vgl. Urk. 7/48 S.

#### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vor akten (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**

Die Versicherte erhob am 17. Juli 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Juni 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die An gelegenheit zur weiteren Abklärung und Rentenberechnung an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 12. Oktober 2015 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was der Be schwerdeführerin am 23. Oktober 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass kein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Aus rheumatologischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Eine Überwindbarkeitsprüfung bezüglich des myofaszialen

Zervikobrachi al syndroms erübrige sich, da die Fachmediziner diesem nachvollziehbar keine invalisierende Wirkung zuerkannt hätten. Die leichte depressive Störung be gründe – auch im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung - keinen erheblichen und langandauernden Gesundheitsschaden. Zudem stehe die Be schwerdeführerin nicht mehr in fachpsychiatrischer Behandlung und es lägen mehrere psychosoziale Faktoren vor. Die blosse Mutmassung einer zukünftigen Schmerzgeneralisierung könne keine Invalidität begründen. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig. Eine rentenbegründende Invalidität sei nicht ausgewiesen (Urk. 2 S. 1 f. ; Urk. 6 S. 2 f. ).

#### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), auf das Gutachten könne infolge widersprüchlicher Angaben zur Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt

werden. Zudem könne nicht leichthin angenommen werden, dass eine Anpassungsstörung immer vorübergehend sei. Dr. med. Z.\_\_\_\_

habe

schlüssig dar gelegt, dass aus psychiatrischer Sicht lediglich von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen sei. Dem Gutachten sei sodann

zu entnehmen, dass von einer kontinuierlichen depressiven Symptomatik ausgegangen werden müsse. Aufgrund der neuen Überwindbarkeits-/Schmerzrechtsprechung seien schliesslich weitere Abklärungen zu treffen. Es sei von einer Schmerzgeneralisierung in Form einer Fibromyalgie auszugehen (S. 3 f.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und dabei insbesondere die Frage, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. 3. 3.1

Die Ärzte des A.\_\_\_\_, Klinik für Gynäkologie, informierten mit Austrittsbericht vom 27. Juli 2012 (Urk. 7/11/1-5) über die stationäre Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 20. bis 28. Juli 2012, wobei am 23. Juli 2012 eine mediane Längslaparotomie, eine abdominale Hysterektomie mit Adnexektomie beidseits sowie eine Peritoneal- und Omentumbiopsie durchgeführt worden sei (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei vom 19. Juli bis 18. August 2012 zu 100 % arbeitsunfähig (S.

3). Als Diagnosen führten die Ärzte Folgendes auf (S. 1): - endometrioides

Endometriumkarzinom - Status nach fraktionierter Kürettage am 8. Juni 2012 im B.\_\_\_\_ - Uterus myomatosus und Adenomyose - histologisch gesicherte pulmonale Sarkoidose

hilär, Erstdiagnose (ED) Juli 2012 - radiologisches Stadium II - Beschwerdefreiheit - Status nach transnasaler Prolaktinom-Entfernung 2002 in der C.\_\_\_\_, keine Malignität anamnestisch - Status nach Thyreoidektomie Januar 2003 im A.\_\_\_\_ - Struma mit zellreichen adenomatoiden Knoten und herzförmiger oxiphilzelliger Metaplasie,

keine Malignität - Status nach zwei Spontangeburt 1993 und 1994, Status nach Abortkürettage 1991 - Depression, unter medikamentöser Behandlung 3.2

Mit Bericht vom 9. Januar 2013 (Urk. 7/11/6-7) nannten die Ärzte des A.\_\_\_\_, Klinik für Pneumologie, die folgenden Diagnosen (S. 1): - pulmonale Sarkoidose, Stadium II, ED Juli 2012 - papulöse Effloreszenz (zirka 10 mm) Schulterlinks, Differentialdiagnose (DD): kutane Sarkoidose

- Verdacht auf arterielle Hypertonie - endometrioides

Endometriumkarzinom - mediane Längslaparotomie, abdominale Hysterektomie mit Adnexektomie beidseits, Peritoneal- und Omentumbiopsie am 23. Juli 2012 - Thyreoidektomie bei Struma nodosa, Januar 2003 (A.\_\_\_\_), unter Substitution - Depression, unter medikamentöser Behandlung

Zurzeit bestünden klinisch keine pulmonalen oder konstitutionellen Beschwerden. Die Lungenfunktion sei stabil und es zeige sich ein normales Blutbild. Es bestehe weiterhin keine Indikation für eine systemische Steroidtherapie (S. 2).

In einem weiteren Bericht vom 21. März 2013 (Urk. 7/14/6-7) wurde die pulmonale Sarkoidose als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft (S. 1 f. Ziff.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

Mit Stellungnahme n vom 10. April sowie 1. Juni 2015 stellte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), für die Beurteilung auf das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS F.\_\_\_\_ ab (vgl. Urk. 7/54 S. 2 ff.). 4. 4.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das Gutachten der MEDAS F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.6) die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt, in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet wurde und der konkreten medizinischen Situation Rechnung trägt. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung durch die Gutachter der MEDAS F.\_\_\_\_ ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Das Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E.

1.5) vollumfänglich, so dass für die Entschcheidung darauf abgestellt werden kann. 4.2

Aus rheumatologischer Sicht liegen demzufolge ein myofasiales

Zervikobrachialsyndrom links, eine pulmonale Sarkoidose ohne Anhaltspunkte für eine Beteiligung des Bewegungsapparates sowie ein Status nach Hysterektomie mit Adnexentfernung und Nachbestrahlung im Jahr 2012 aufgrund eines Endometriomkarzinoms vor (Urk. 7/48 S. 45 Ziff. 4).

Die ausführliche rheumatologische Befundaufnahme (vgl. Urk. 7/48 S.

43 f. Ziff. 3.1) war weitestgehend unauffällig und zeigte nebst einer Fehlstatik der Wirbelsäule und einer Muskelverhärtung im Nacken-Schultergürtel vor allem

eine vermehrte Druckempfindlichkeit am linken Arm (vgl. Urk. 7/48 S.

45 Ziff. 5). Auch radiologisch zeigten sich aktuell keine wesentlichen Befunde. Es waren einzig leichte degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule, an der linken Schulter und am linken Ellbogen ersichtlich, welche als altersentsprechend beurteilt wurden (vgl. Urk. 7/48 S.

45

Ziff. 3.2, Ziff. 5). Bei der bisher nicht behandlungsbedürftigen pulmonalen

Sarkoidose zeigten sich bis anhin keine Anhaltspunkte für eine Beteiligung des Bewegungsapparates (vgl. Urk. 7/48 S.

45 f. Ziff. 5).

Gestützt darauf erscheint es nachvollziehbar, dass aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit attestiert werden konnte (vgl. Urk. 7/48 S.

46 Ziff. 6). Dies steht im Übrigen im Einklang mit der fachärztlichen Einschätzung der Ärzte des A.\_\_\_\_, welche der Beschwerdeführerin lediglich im Rahmen der stationären

Hospitalisation eine Arbeitsunfähigkeit attestierten (vgl. Urk. 7/11/1-5, Urk. 7/11/6-7, Urk. 7/14/6-7, Urk. 7/16, Urk. 7/18). 4.3

In psychischer Hinsicht nannte die psychiatrische Gutachter in der MEDAS F.\_\_\_\_ nach ausführlicher psychopathologischer Befundaufnahme (vgl. Urk. 7/48 S.

16

f. Ziff. 2.2) und mehreren durchgeführten Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten (vgl. Urk. 7/48 S. 17 f. Ziff. 2.3) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Störung (ICD-10 F32.0), wobei die schwer zu beurteilende verbliebene Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit zirka 80 % betrage (Urk. 7/48 S. 22 f. Ziff. 4-5, S. 26 Ziff. 5.4).

Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass der Umstand, dass das Gutachten bezüglich der Darlegung der medizinischen Situation voll beweiskräftig ist, nicht bedeutet, dass auch die dortige Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit für die Belange der Invalidenversicherung ohne weiteres massgeblich ist. Die Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, ist eine Rechtsfrage und obliegt damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden. Es ist folglich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar, einem Gutachten vollen Beweiswert zuzuerkennen, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sozialversicherungsrechtlicher Aspekte abzuweichen (BGE 140 V 193 E.

3.1 f., 130 V 352 E. 3, Urteil des Bundesgerichts 9C\_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.1).

Bei Beeinträchtigungen des psychischen Gesundheitszustandes ist stets eine objektive Betrachtung des Forderbaren vorzunehmen ist (vorstehend E.

1.1, E.

## **E. 10**

Ziff. 1.2.4). Der Vollständigkeit halber zu erwähnen bleibt, dass im Gutachten der MEDAS F.\_\_\_\_

mehrere psychosoziale Belastungsfaktoren aufgeführt werden (vgl. hierzu BGE 127 V 294 E.

5a; Urteile des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E.

3.2 und 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E.

2). So sei die Beschwerdeführerin durch die Haushaltsführung, die Unterstützung ihres rollstuhlpflichtigen Ehemannes und die Führung des eigenen Cafés und Restaurants überlastet. Die Belastungen seien bereits grenzwertig gewesen, bevor das Karzinom und die Sarkoidose

diagnostiziert worden seien. In den folgenden Monaten sei die Beschwerdeführerin relativ ausgeprägt depressiv gewesen. Die Schwere der Symptomatik habe sich seither zurückgebildet, wobei sie allerdings noch nicht vollständig abgeklungen sei (vgl. Urk. 7/48 S.

22 Ziff. 5 ).

Nach dem Gesagten ist es der Beschwerdeführerin somit bei objektiver Betrachtung zumutbar, ihre Arbeitsfähigkeit, unterstützt durch entsprechende konservative Therapie, in einem vollen Pensum zu verwerten. Aus psychiatrischer Sicht liegt somit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. 4.5

Daran vermögen die Berichte des Hausarztes Dr. E.\_\_\_\_ sowie des Psychiaters Dr. Z.\_\_\_\_ nichts zu ändern, zumal auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen ( BGE 125 V 351 E.

3a/cc ). Der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 7/19/6-8 = Urk. 7/21/3-5 ) enthält zudem

keine eigene Befundaufnahme. Demgegenüber lässt sich dem Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ ( Urk. 7/25 = Urk. 7/26) zwar eine eigene psychopathologische Befundaufnahme entnehmen, allerdings kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ernsthaft erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, so fern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1). Daher lassen auch die Ausführungen von Dr. Z.\_\_\_\_ keine begründeten Zweifel an der schlüssigen gutachterlichen Beurteilung aufkommen; zumal das psychische Leiden aus rechtlicher Sicht als nicht invalidisierend gilt (vorstehend E. 4.4). 4.6

Soweit die Beschwerdeführer in geltend macht , auf das Gutachten der MEDAS F.\_\_\_\_

könne nicht abgestellt werden, da die Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit widersprüchlich seien (vgl. Urk. 1 S.

3 Ziff. 2), so kann dem nicht gefolgt werden. Die Gutachter der MEDAS F.\_\_\_\_ gaben nachvollziehbar an, dass aus rheumatologischer Sicht weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung vorliege . Eine Arbeitsunfähigkeit wurde durchwegs nur mit dem psychischen Leiden begründet, wobei die diesbezügliche Einschränkung schwer einzuschätzen sei (vgl. Urk. 7/48 S. 22 ff. Ziff. 5-5.2). Folglich wurden die von der Beschwerdegegnerin gestellten Rückfragen zur Arbeitsfähigkeit richtigerweise auch von der psychiatrischen Gutachterin beantwortet (vgl. Urk. 7/51). Auch das Vorbringen, es seien aufgrund des Vorliegens einer Fibromyalgie die Indikatoren und deren Ausprägung gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung durch ein medizinisches Gutachten abzuklären ( Urk. 1 S. 4 Ziff. 4) , überzeugt nicht . Gemäss der gutachterlichen Beurteilung der MEDAS F.\_\_\_\_ konnte nämlich keine Fibromyalgie diagnostiziert werden, sondern es bestünde lediglich entsprechende

Vorboten für die Zukunft (vgl. Urk. 7/48 S. 19 Ziff. 2.6.1), was für die Anerkennung eines dauerhaften invalidisierenden Gesundheitsschadens nicht ausreicht (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 9C\_855 /2009 vom 3. März 2010 E.

2.4). Dementsprechend erübrigt sich auch eine Prüfung der Indikatoren. 4.7

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach der beweiskräftigen gutachterlichen Beurteilung der MEDAS F.\_\_\_\_

an einem myofaszialen

Zervikobrachialsyndrom links, an einer pulmonalen Sarkoidose ohne Anhaltspunkte für eine Beteiligung des Bewegungsapparates, an einem Status nach Hysterektomie mit Adnexentfernung und Nachbestrahlung im Jahr 2012 wegen eines Endometriumkarzinoms sowie an einer leichten depressiven Störung (ICD-10 F32.0) leidet. Aus rheumatologischer Sicht ist die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Das psychische Leiden ist nicht invalidisierend.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden 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: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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  
Mosmann  
Meierhans

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