

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00207 vom 10. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00207

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00207 du 10 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00207 del 10 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

Nachdem ein erstes Leistungsgesuch der 1972 geborenen X.____ von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, mit Verfügung vom 25. Februar 2010 rechtskräftig abgewiesen worden war (Urk. 8/105-107), meldete sich die Versicherte am 2. April 2011 erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 8/115). Mit Verfügung vom 6. Dezember 2011 (Urk. 8/139) trat die IV-Stelle auf das neue Gesuch mangels Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein. Von der Versicherten angerufen, hob das hiesige Gericht mit Urteil vom 30. August 2013 (Prozess Nr. IV.2012.00060; Urk. 8/162) die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache an die Verwaltung zurück, damit diese auf die Neuanmeldung vom 2. April 2011 eintrete und darüber materiell entscheide.

Am 22. April 2014 unterzog sich die Versicherte einer Schulteroperation. Darauf hin gab die IV-Stelle der über SuisseMED@P zugeteilten MEDAS Y.____, Begutachtung Z.____, eine polydisziplinäre Abklärung in Auftrag (Gutachten vom 17. April 2015, Urk. 8/259/1-58). Sodann klärte sie die beinträchtigte Arbeitsfähigkeit im Haushaltsbereich ab (Abklärungsbericht vom 3. Februar 2016; Urk. 8/266). Mit Schreiben vom 3. Februar 2016 (Urk. 8/269) wies sie die Versicherte unter Hinweis auf ihre Schadenminderungspflicht an, die Epilepsie-Therapie zu optimieren und sich weiterhin psychiatrisch betreuen zu lassen. Gleichentags eröffnete sie ihr mit Vorbescheid die beabsichtigte Abweisung des Leistungsbegehrens (Urk. 8/271). Nach Eingang von Einwendungen der Versicherten (Urk. 8/274, Urk. 8/311, Urk. 8/313) sowie ihres Rechtsvertreters, Rechtsanwalt Stern (Urk. 8/343), verfügte sie am 12. Januar 2017 im ange kündigten Sinne (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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 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. 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. 1.2

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.

E. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr einen anspruchsbegründenden Invaliditätsgrad zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

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

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der 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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 15. Februar 2017 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Neuurteilung. Daneben ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 22. März 2017 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Am 28. April 2017 legte die Beschwerdeführerin ihre finanzielle Situation dar (Urk. 10 f.), worauf ihr mit Verfügung vom 3. Mai 2017 ein Doppel der Beschwerdeantwort zugestellt, die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und Rechtsanwalt Stern als unentgeltlichen Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente mit der Begründung, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu einem Pensum von 50 % einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 17. April 2015 bemass sie die Invalidität im Erwerbsbereich auf 0 %. Im Haushaltsbereich ermittelte sie gestützt auf den Abklärungsbericht vom 3. Februar 2016 eine Einschränkung von rund 10 % (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber begründet die Beschwerdeführerin ihren Rückweisungsantrag damit, dass ihre Qualifikation (Aufteilung zwischen Erwerbstätigkeit und Haushalt) nicht mit den Tatsachen übereinstimme und das MEDAS-Gutachten vom 17. April 2015 in verschiedener Hinsicht Mängel aufweise (Urk. 1 insbes. S. 8 f.).

3.1

Massgebender Vergleichszeitpunkt für die Prüfung einer anspruchrelevanten Veränderung (vgl. E. 1.3 hievon in fine) ist gemäss E. 3 des Urteils des hiesigen Gerichts vom 30. August 2013 (Urk. 8/162) die rentenabweisende Verfügung vom 25. Februar 2010 (Urk. 8/107). In medizinischer Hinsicht beruhte die Leistungsablehnung auf den Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stelle (RAD) vom 17. August und 26. Oktober 2009 (Urk. 8/104 S. 5 f.).

Zur damaligen Aktenlage führte RAD-Ärztin Dr. A.____, Fachärztin für Chirurgie, am 17. August 2009 aus, laut dem Bericht des B.____ vom 8. Juli 2009 (vgl. Urk. 8/82) werde ein chronisches thorakolumbales

vertebrales

Schmerzsyndrom bei Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance beschrieben. Aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung für leichte bis mittelschwere Arbeiten in wechselnder Position. Aus somatischer Sicht beziehungsweise rheumatologisch und bezüglich

der Epilepsie könne man aufgrund der medizinischen Akten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgehen. Aus psychiatrischer Sicht werde zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit keine Stellung genommen. Es werde eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit als Reinigungsfrau attestiert (Urk. 8/104 S. 5).

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 26. Oktober 2009 fest, dass am 24. September 2008 (vgl. Bericht des D.____ vom 24. September 2008; Urk. 8/70) psychiatrisch nach wie vor eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50

% wegen Verlangsamung und erhöhter Ermüdbarkeit festgehalten worden sei. Am 23. März 2009 habe PD Dr. med. E.____, Oberarzt Psychiatrie/Psychotherapie am D.____ (vgl. Urk. 8/78/1-7), bei einer symptomatischen Epilepsie (ICD-10 G40.2) deshalb eine organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10 F07.8) diagnostiziert. In fast filigraner Diagnostik halte der Psychiater daneben noch eine sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Diese fachliche Differenzierung betone aber die Persönlichkeitsstruktur der Versicherten und ver

weise auf eine wenig belastbare und stressanfällige Persönlichkeit. Unter beruflicher Belastung sei weiter mit erhöhter Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörungen zu rechnen. Die neuropsychologischen Defizite seien hirnorganisch bedingt und therapeutisch nicht wesentlich zu beeinflussen. Auch die Persönlichkeitsstruktur lasse sich kaum mehr verändern. Es bestehe weiterhin eine 50 % ige Arbeitsunfähigkeit . Gemäss dem psychiatrischen Bericht von Dr . E. ___ vom 24. September 2008 bestehe diese 50%ige Arbeitsunfähigkeit im Reinigungsdienst

seit dem 15. Mai 2008. Die reduzierte Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe für jegliche Tätigkeit. Auch in einer sogenannt angepassten Tätigkeit lasse sich keine höhere Arbeitsfähigkeit erzielen. Im Bericht von Dr.

med. F. ___, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 6. Oktober 2009 (vgl. Urk. 8/86/5) seien plötzlich auftretende Arthralgien der Hände und Füße sowie auch einzelner Finger von nadelstichartigem Charakter und von zwei bis drei Minuten Dauer angegeben worden . Klinische Veränderungen habe der Rheumatologe Dr. F. ___ nicht feststellen können . Bei der Laborabklärung (Bericht von Dr. F. ___ vom 24. August 2009; vgl. Urk. 8/86/6) hätten Entzündungszeichen gefehlt. Es ergäben sich aus dem Bericht von Dr. F. ___ keine neuen Hinweise für eine Neu Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht (Urk. 8/104 S. 5 f.). 4. 4.1

Hinsichtlich der zahlreichen, im Rahmen der Neuanmeldung eingegangenen medizinischen Berichte kann auf die Erwägungen 4.2 bis 4.6 des Urteils des hiesigen Gerichts vom 30. August 2013 (Proz. Nr. IV . 2012.00060 ; Urk. 8/162) verwiesen werden. 4.2

4.2.1

Im MEDAS-Gutachten vom 17. April 2015 (Urk. 8/259/1-58) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 52): 1. Symptomatische Epilepsie mit einfach und komplex fokalen sekundär generalisierten tonisch- klonischen Anfällen, ED 1996 mi/ bei (ICD-10 G40) - MR-tomographisch mesiale Temporallappensklerose links, DD Hippokampusklerose

links - Therapie mit Tegretol 2. Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung bei - Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (ICD-10 F81.9) des Sprechens und der

Sprache (ICD.10F80.9) - Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10 F06) bei Diagnose 1 - bei Diagnosen 3 & 4 3. Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) 4. Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen und emotional labilen Zügen (ICD-10

Z73.1) 5. Status nach anteriorer Schulterluxation im Sommer 2

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

In erwerblicher Hinsicht ist allein die Statusfrage strittig. Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin als je zu 50 % im Erwerbs- und im Aufgabenbereich tätig (Urk. 2; vgl. auch den Abklärungsbericht vom 3. Februar 2016, Urk. 8/266 S. 3). Die Beschwerdeführerin wendet dagegen ein, dass sie ohne gesundheitliche Einschränkung ein

volles Arbeitspensum im Dienstleistungsbereich wahrnehmen würde (Urk. 1 S. 3).

E. 6.2

Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitscha den, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (statt vieler un längst Bundesgerichtsurteil 9C_552/2016 vom 9. März 2017 E. 4.2 mit Hinwei sen).

Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme ei ner im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Er werbs tätigkeit ist der im Sozial versi cherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erfor derlich (BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hin weisen).

Bei der Beantwortung der entscheiden den Statusfrage handelt es sich um eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willens entschei dungen der versicherten Person berücksichtigen muss. Dies gilt auch für die Frage, in wel chem Ausmass die versicherte Person ohne gesund heitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diese inneren Tatsa chen sind indessen einer direkten Be weisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_287/2013 vom 8. November 2013 E. 3.5

und 8C_511/2013 vom 30. Dezember 2013, je mit Hinweisen). 6 .3

Vorliegend ist bei der Beurteilung der Statusfrage zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin seit der Geburt ihrer Tochter im Jahr 2004 nicht mehr voll erwerbstätig war (vgl. Auszug aus dem Individuellen Konto; Urk. 8/322). Der Grund dafür bestand darin, dass sie und ihr früher ebenfalls teilzeitlich er werbstätig gewesener Ehemann sich bei der Betreuung der Tochter abwech selten. An dieser Aufteilung hielt die Beschwerdeführerin auch nach Aufgabe der Erwerbstätigkeit seitens des Ehemannes fest (Abklärungsbericht vom 3. Dezember 2009; Urk. 8/91), weshalb sie bereits bei der ersten Rentenab lehnung im Jahr 2010 als lediglich zu 50 % im Erwerbsbereich T ätig e qualifiziert wurde (vgl. Verfügung vom 25. Februar 2010; Urk. 8/107). Seither ist mit Bezug auf die persönlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin keine Änderung ein getreten. Darüber hinaus unterliess es die Beschwerdeführerin, Gründe anzuge ben, weshalb sie im Gesundheitsfall vollzeitlich erwerbstätig wäre (vgl. Urk. 1 S. 3). U nter diesen Umständen ist die von der Beschwerdegegnerin vorgenom mene Qualifikation nicht zu beanstanden, und es können Weiterungen zur In validitätsbemessung mit dem Ergebnis einer rentenausschliessenden Invalidität unterbleiben (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 4.3). 7 . 7.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Pro zessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 7.2

Mit Verfügung vom 3. Mai 2017 wies das hiesige Gericht die Beschwerdeführerin und ihren unentgeltlichen Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Stern, auf die Möglichkeit hin, dem Gericht vor Fällung des Entscheides eine detaillierte Zusammenstellung über den bisherigen Zeitaufwand und die bisher angefallenen Barauslagen einzureichen. Sie wurden darüber hinaus darauf aufmerksam gemacht, dass das Gericht im Unterlassungsfall die Entschädigung nach Ermessen festsetzt, ohne eine Frist für die Einreichung beziehungsweise Ergänzung einer Honorarnote anzusetzen (Urk. 12 Dispositiv-Ziffer 3). Bis zum heutigen Tag ist keine Honorarnote von Rechtsanwalt Stern eingegangen, womit der unentgeltliche Rechtsvertreter für seine Bemühungen im vorliegenden Beschwerdeverfahren mit Fr. 2'300.

(inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Eric Stern, Zürich, wird mit Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Eric Stern -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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, 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 Gräub Meier-Wiesner

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).

E. 010

bei Sturz nach epileptischem Anfall - Status nach Schulterarthroskopie am 02.03.2012 mit PASTA-Repair und Biceps-Tenodese (2 x 6, 5 Arthrocare-Anker), subacromialer Débridement mit Acromioplastik und

AC-Resektion - Status nach Schulterarthroskopie am 22.04.2014 mit Débridement PASTA-Läsion, Lösen

der Biceps-Tenodese und Débridement des Sulcus bicipitalis, subacromialer Débridement

und AC-Nachresektion - Status nach multiplen Schultergelenksinfiltrationen mit partiellem Kurzzeiteffekt

Folgende weitere Diagnosen massen die Gutachter dagegen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 52): 1. Chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom, Erstmanifestation circa 1999 - kein Anhalt für höhergradige osteochondrotische Veränderungen oder Bandscheibenprotrusionen

am ehesten bei muskulärer Dekonditionierung - MRI 05/2009 BWK5-SWK3 unauffällig - Röntgen LWS B. ___ 03/2009: Kein Hinweis auf Spondylolyse Röntgen Brustwirbelsäule leichte ventrale Spondylose 2. Multilokuläre Arthralgien ohne Anhalt für entzündliche oder höhergradige degenerative Veränderungen - anamnestisch Finger- und Gelenkschmerzen beidseits - aktuell Schmerzen im Bereich beider Füsse - MR-Tomographie Fuss re. 23.01.2014 im G. ___ : kein Nachweis einer Arthritis

oder einer Osteonekrose, leichtes Oedem im Bereich des M. abductor digiti minimi

Weiter führten die Gutachter aus, dass die Explorandin derzeit zwei Hauptprobleme nenne. Erstens bestehe eine Epilepsie.

Diese sei akutenmässig seit 2007 anhand eines Berichts des D. ___ beschrieben, bestehe gemäss diesem Bericht jedoch seit dem 10. Lebensjahr, mit komplexem Anfallsmuster, einerseits im Sinne von psychischen Äusserungen, andererseits von teilweise generalisiert tonisch-klonischen Anfällen. Aufgrund der Aktenlage, der Eigenanamnese sowie der klinisch-neurologischen Untersuchung liege aus neurologischer Sicht eine symptomatische Epilepsie mit einfach- und komplex-partiellen sowie sekundär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen bei magnetresonanztomographisch mesialer Temporallappenektomie links vor. Bezüglich der Epilepsie sei die Explorandin seit vielen Jahren im D. ___

angebunden. Die Anfallsfrequenz scheine unter der aktuellen Therapie - mit etwa ein- bis zweimal im Monat, dabei meist in Serien auftretend - weitgehend stabil.

Aufgrund der Anamnese scheine das Epilepsiesyndrom schon mindestens seit der Kindheit zu bestehen.

Hierfür spreche die verzögerte Entwicklung, welche nicht einzig auf die Sprachbarriere nach der Migration aus Angola nach Portugal zurückgeführt werden könne. Diese Entwicklungsverzögerungen und auch mögliche Schädigungen des Gehirns durch die Epilepsie beziehungsweise im Rahmen der nachgewiesenen mesialen Temporallappenektomie links liessen sich sowohl klinisch feststellen als auch neuropsychologisch in den Testbefunden abbilden. Neuropsychologisch liessen sich leichte bis mittelschwere kognitive Störungen objektivieren, die Testbefunde seien insgesamt als valide einzustufen. Klinisch wirke die Explorandin durch die komplexe Erkrankung deutlich überfordert, auch sei die Sprache

(mit Übersetzung)

ausfallend, was anamnestisch bereits als Störung der Sprachentwicklung festgehalten worden sei. Es sei denkbar, dass auch aufgrund dieser Sprachentwicklungsstörung und der kognitiven Einschränkungen nur während vier Jahren die Schule besucht worden sei. Die Umstände seien jedoch nicht klar. Psychiatrisch äussern sich diese Überforderungen in Form von ängstlichen und leicht depressiven Symptomen. Es sei von einer komplexen Interaktion von reaktiven Anteilen, zugrundeliegender Persönlichkeitsproblematik mit unreifen und emotional labilen Zügen (aufgrund der schon in der Kindheit bestehenden einschränkenden Epilepsie) und den eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten aufgrund der neuropsychologischen Defizite auszugehen. Diagnostisch sei dies derzeit als Angst und depressive Störung gemischt zu fassen. Eine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne, wie sie im Bericht von Dr. E. ___ vom 23. März 2009 (vgl. Urk. 8/78/1-7) postuliert worden sei, liege nicht vor, wohl aber akzentuierte Persönlichkeitszüge mit unreifen ängstlichen und emotional instabilen Zügen (S. 53 f.).

Ein zweites Hauptproblem bestehe in Bezug auf die Schulterschmerzen rechts; diese bestünden seit dem Sturz anlässlich eines epileptischen Anfalls im Juli 2010. Eine erste diesbezügliche Abklärung habe in der Schulersprechstunde der H. ___ vom 7. Februar 2011 stattgefunden (vgl. Bericht vom 3. März 2011, Urk. 8/124/1-2), während im Bericht der I. ___ vom 12. November 2010 (vgl. Urk. 8/124/15) keinerlei Erwähnung der Schulter zu finden sei. Erwähnt werde eine Exostosenabtragung MP I rechts und links, eine Hallux valgus-Fehlstellung und ein Senk-Spreizfuss. Durch die H. ___ sei eine posteriore Schulterinstabilität diagnostiziert, im MRI eine Hill-Sachs-Läsion festgestellt, und nach sequenziellen Infiltrationen am Schultergelenk die Indikation für eine Schulterarthroskopie mit PASTA Repair und Bizeps-Tenodese sowie subakromialem Débridement mit Akromioplastik und AC-Resektion rechts am 2. März 2012 gestellt worden. Im weiteren Verlauf sei eine adhäsive Kapsulitis mit anhaltenden Schulterbeschwerden diagnostiziert worden. Ein Verlaufs-MRI habe keine Ruptur der Rotatorenmanschette gezeigt. Nach mehreren Infiltrationen sei schliesslich am 22. April 2014 ein Folgebefund mit Nach-Débridement, Lösen der Bizeps-Tenodese und AC-Nachresektion rechts durchgeführt worden. Im Bericht der H. ___ vom 18. Juli 2014 (Urk. 8/187) sei angenommen worden, dass die Beschwerdeführerin die Tätigkeit als Putzfrau sechs Monate postoperativ

zu 100 % ausüben könne. Insgesamt könnten leichte bis mittelschwere Arbeiten bis 15 kg verrichtet werden. Im weiteren Verlauf persistieren jedoch die Beschwerden. Im Bericht der H. ___ vom 21. Oktober 2014 (Urk. 8/275/14-15) sei eine Frozen Shoulder diagnostiziert worden. Aus aktueller rheumatologischer Sicht sei diese Schulterproblematik nach wie vor einschränkend im Sinne von qualitativen Limitierungen. An der rechten Schulter lasse sich eine deutliche schmerzbedingte Bewegungseinschränkung vor allem für Abduktion und Elevation objektivieren. So wohl die Schmerzen als auch die Funktionseinschränkung seien als Restbeschwerden der adhäsiven Kapsulitis nachvollziehbar. Die Funktionalität habe sich trotz Ausschöpfung aller konservativen Massnahmen und schliesslich auch nach einer Rearthroskopie nicht gebessert. Aufgrund der Dauer der Beschwerden von über vier Jahren und der fehlenden Besserungstendenz seien die Chancen auf eine kurz- bis mittelfristige deutliche Verbesserung eher gering (S. 54).

Darüber hinaus würden Schmerzen an verschiedenen Gelenken teils von der Explorandin und teils auch in den Vorberichten beschrieben. Hier ließen sich bei der aktuellen Untersuchung und auch unter Berücksichtigung der Vorberichte keine eindeutigen rheumatologischen Ursachen finden und sie seien als multilokuläre Arthralgien ohne Anhalt für entzündliche oder höhergradige degenerative Veränderungen zu klassifizieren. Ebenfalls ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien die beklagten Rückenschmerzen im Sinne eines chronisch thorakolumbovertebralen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Beteiligung (S. 54 f.) . 4.2.2

Gestützt darauf schätzten die Gutachter die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aufgrund der stark einschränkenden Schulterschmerzen auf 100 %. Sodann attestierten sie eine Arbeitsfähigkeit von 60 % für eine angepasste Tätigkeit. Dabei sei aufgrund der Epilepsie jede Tätigkeit mit Selbst- und Fremdgefährdung, insbesondere das Führen von Fahrzeugen und Maschinen sowie Schicht- oder Nachtarbeit nicht zumutbar. Angesichts der Schulterproblematik rechts seien Tätigkeiten ohne aktiven Einsatz des rechten Armes unter Belastung, insbesondere ohne Heben von Lasten (maximal kurzzeitig 5

kg) sowie ohne Arbeiten über Kopfhöhe, möglich. Repetitive Bewegungen des rechten Armes sollten vermieden werden. Aufgrund der ängstlich depressiven Symptomatik sei das (funktionelle) Niveau sowohl hinsichtlich der mentalen Funktionen als auch der übrigen psychischen Funktionen deutlich eingeschränkt, jedoch nicht aufgehoben. Der Versicherten falle es schwer, Planung und Strukturierung von Aufgaben zu übernehmen, obwohl sie diesbezüglich auch Ressourcen aufweise, indem sie z.B. die Betreuung ihrer zehnjährigen Tochter gewährleiste. Weiter seien Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die selbständige Arbeitsweise beziehungsweise

die kognitive Umstellfähigkeit sowie komplexe Aufgaben ungeeignet. Eben so sei die Durchhaltefähigkeit, Belastbarkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit beeinträchtigt (S. 55).

Die Explorandin verfüge über ein kognitiv einfaches Bildungsniveau. Der Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten müsse durch ein angepasstes berufliches Leistungsniveau Rechnung getragen werden. Die Aufgabenbereiche sollten kognitiv einfach und klar strukturiert sein. Die Arbeitsabläufe sollten weitgehend automatisiert sein, könnten allenfalls aber auch rein repetitiven Charakter haben. Das Lernvermögen der Explorandin sei deutlich reduziert und mit einem Mehraufwand verbunden, doch erfolgreich Gelerntes gehe nicht wieder vermehrt vergessen. Es gelte höhere Anforderungen an die Planung, Organisation, Fehlerkontrolle, Flexibilität und Umstellfähigkeit zu meiden. Auf Grund der erhöhten Ablenkbarkeit sollten die Aufgaben weitgehend seriell zu erledigen sein. Weiter gelte es,

Anforderungen an die geteilte Aufmerksamkeit zu meiden. Wünschenswert sei eine flexible Pausengestaltung. Aufgrund des tiefen Bildungsniveaus und der vielfältigen qualitativen Limitierungen ergäben sich möglicherweise Schwierigkeiten in der Vermittelbarkeit. Diese seien in der obigen medizinisch-theoretischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt und müssten von der Verwaltung gewürdigt werden (S. 55).

Den Beginn der vollständigen Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit im Reinigungsdienst setzten die Gutachter auf den letzten dokumentierten Arbeitstag, den 31. März 2011 fest;

ebenfalls denjenigen für die 60%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, wobei sie auf befristete Arbeitsunfähigkeiten von jeweils 100 % infolge der Schulteroperationen hinwies (S. 55 f.). 4.3

Am 7. Juni 2016 nahmen die Gutachter der MEDAS ergänzend zu verschiedenen, ihnen im Zeitpunkt der Begutachtung nicht bekannt gewesenen Arztberichten Stellung (Urk. 8/330). Dazu gaben sie an, im Bericht vom 13. Dezember 2013 (Urk. 8/176/4) habe Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ausgeführt, dass die Versicherte seit dem 12. April 2013 bei ihm in Behandlung sei. Der Psychiater gebe Diagnosen an, die sich teilweise mit denen im psychiatrischen Fachgutachten und im Gesamtgutachten der MEDAS deckten, so die symptomatische Epilepsie, die Sprachentwicklungsstörung sowie die depressive Symptomatik. Eine Persönlichkeitsstörung hätten sie nicht feststellen können. Sie gingen von einer Persönlichkeitsakzentuierung aus. Im Bericht von Dr. J.____ fehle eine Herleitung oder Schilderung der funktionellen Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit. Aus fachpsychiatrischer Sicht ändere sich durch diesen Bericht nichts an der attestierten Arbeitsfähigkeit.

Die Berichte der H.____ vom 24. November und 25. August 2015 (Urk. 8/275/3-4 und Urk. 8/275/5-6) attestierten keine neuen Diagnosen, und auch symptomatisch ergebe sich keine andere Situation als in der Begutachtung. Aus orthopädischer Sicht bestehe keine Veranlassung, von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten abzuweichen.

Aus einem Bericht des G.____ vom 20. Dezember 2015 (Urk. 8/308/22) ergäben sich unklare heftige Fußschmerzen bei klinisch unauffälligem Befund. Der ambulante Bericht des K.____, Klinik für Rheumatologie, vom 3. März 2016 (Urk. 8/324) ergebe Senkfüße beidseits ohne Schwellung, Rötung oder Überwärmung, bei freier Beweglichkeit. Es bestünden keine Hinweise auf eine entzündliche Ursache der Fußbeschwerden, weswegen von einem statischen Fußproblem ausgegangen werde. Die weitere Diagnostik (radiologischer Befund vom 26. Juni 2015 und Laborbericht; Urk. 8/308/7-10) ergebe einen weitgehend unauffälligen Befund, jedoch einen schweren Vitamin D-Mangel, welcher als mögliche Ursache für die statische Fehllagerung und die Fußbeschwerden angesehen werde. Dieser sei durch die Gabe entsprechender Präparate zu kompensieren. Es seien auch eine Verordnung für orthopädische Schuheinlagen sowie für physiotherapeutische Massnahmen erfolgt (Verordnungen der H.____ vom 18. November 2015, Urk. 8/308/23-24, und vom 17. Februar 2016, Urk. 8/300). Es bleibe abzuwarten, inwieweit sich die Beschwerden mit diesen Massnahmen besserten. Es bestehe keine Veranlassung, von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten abzuweichen.

Dem Bericht von Dr. med.

L.____, Fachärztin für Ohren-, Nasen- Halskrankheiten, vom 3. Dezember 2015 (Urk. 8/307) sei zu entnehmen, dass die otologische Untersuchung eine praktisch normale Hörkurve und eine nur sehr milde Beeinträchtigung des Gehörs ergeben habe, die keiner Hörgeräteversorgung bedürfe. Daraus ergebe sich mit Sicherheit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Der ambulante Verlaufsbericht der M.____ vom 26. Oktober 2015 (Urk. 8/262) ergebe eine clusterartige Häufung von epileptischen Anfällen im Zeitraum vom 20. April 2015 bis zur Konsultation am 13. Oktober 2015. Aus dem Bericht ergebe sich, dass die

Serumkonzentrationen des Medikaments Carbamazepin in der Vergangenheit unter der üblichen Konzentration gelegen hätten. Es sei festgehalten worden, dass die Versicherte die Epilepsiemedikamente nicht genommen, vergessen oder abgesetzt habe. Es sei davon auszugehen, dass dies die Anfallshäufigkeit ursächlich beeinflusst habe.

Zusammenfassend hielten die Gutachter der MEDAS fest, dass die nachgereichten Dokumente keine Anhaltspunkte dafür böten, von der gesamtmedizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 60

% in angepasster Tätigkeit abzuweichen. 5. 5.1

Das MEDAS-Gutachten vom 17. April 2015 (Urk. 8/259/1-58; E. 4.2), zusammen mit der ergänzenden Stellungnahme vom 7. Juni 2016 (Urk. 8/330; E. 4.3), entspricht den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. Es ist für die streitigen Belange umfassend und beantwortet die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht. Es beruht auf eingehenden Untersuchungen der Beschwerdeführerin in den Fachgebieten der Inneren Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Neuropsychologie. Die Gutachter schilderten ausführlich die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden beziehungsweise die Einschränkungen und setzten sich detailliert damit auseinander. Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der wesentlichen, ausserordentlich umfangreichen Vorakten abgegeben. Schliesslich leuchten die gutachterlichen Ausführungen in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erscheinen ihre Schlussfolgerungen als begründet. 5.2 5.2.1

Zu Recht wendet die Beschwerdeführerin zwar ein, dass das MEDAS-Gutachten bei Verfügungserlass am 12. Januar 2017 bald zwei Jahre alt war (Urk. 1 S. 7 f.). Dies schmälert dessen Beweiskraft jedoch nicht. Zu den wesentlichen, seit der Begutachtung ergangenen medizinischen Berichten nahmen die Gutachter am 7. Juni 2016 Stellung (Urk. 8/330; E. 4.3) und hielten an den im Gutachten gezogenen Schlussfolgerungen fest. Den neueren, bei den Akten liegenden Berichten lassen sich sodann keine Hinweise gegen die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens beziehungsweise gegen die weitere Gültigkeit der gutachterlichen Schlussfolgerungen entnehmen. 5.2.2.

Das von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Fortschreiten ihrer Erkrankungen (Urk. 1 S. 8 f.) kann aufgrund der jüngeren medizinischen Berichte nicht bestätigt werden.

So führten die von Dr. med. N.____, Assistenzärztin am K.____, veranlassten Abklärungen der Fussbeschwerden zum Ausschluss einer entzündlichen Ursache (Bericht vom 3. März 2016, Urk. 8/324); aus der Einladung zu einer erneuten Konsultation am 29. August 2016 (Urk. 3/2) im Rahmen der ambulanten rheumatologischen Behandlung kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Mit Bezug auf die rechte Schulter anerkannten die Gutachter eine deutliche schmerzbedingte Bewegungseinschränkung vor allem für Abduktion und Elevation. Infolgedessen erachteten sie nur noch Tätigkeiten ohne aktiven Einsatz des rechten Armes unter Belastung, insbesondere ohne Heben von Lasten sowie ohne Arbeiten über Kopfhöhe, und ohne repetitive Bewegungen als zumutbar (Urk. 8/259/1-58 S. 54 f.). Dem Bericht der H.____ vom 24. November 2015 (Urk. 8/275/3-4 S. 2) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Dezember 2015 das Vorliegen einer rheumatologischen Erkrankung im K.____

bei Dr. N.____ abklären lassen wollte . Als weitere mögliche Ursache für den protrahierten Behandlungsverlauf sahen die berichtenden Ärzte die Malcompliance bezüglich Fortführung der Physiotherapie. Die Beschwerdeführerin mache keine Physiotherapie, weil sie keine Medikamente einnehmen wolle beziehungsweise nach der Physiotherapie immer Schmerzen gehabt habe. Im Bericht vom 3. März 2016 (Urk. 8/324) äusserte sich Dr. N.____

jedoch wie bereits erwähnt

lediglich zu den Fussbeschwerden und gab an, dass die bisherigen Untersuchungen keine Hinweise auf eine entzündliche Ursache ergeben hätten ; man gehe weiterhin von einem statischen Fussproblem aus . Damit aber kann eine Verschlechterung der Schulterproblematik seit der MEDAS-Begutachtung infolge einer rheumatischen Erkrankung ausgeschlossen werden, weshalb auch diesbezüglich kein Anlass für weitere Abklärungen besteht.

Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Hüftbeschwerden (Urk. 1 S. 9) sind nicht dokumentiert, weshalb darauf nicht weiter einzugehen ist.

Eine Verschlechterung der Hörproblematik schliesslich lässt sich dem Bericht von Dr. L.____ vom 3. Dezember 2015 (Urk. 8/307) nicht entnehmen. Zwar zeigte der Hörtest eine grenzwertige Hörkurve. Diese liegt nach Beurteilung der ORL-Fachärztin jedoch im normalen Bereich, weshalb sie eine Hörgerätversorgung als „absolut nicht angezeigt“ erachtete. Angesichts der bereits im Juni 2014 erhobenen, nicht therapiebedürftigen, leichtgradigen sensorineuralen Schwerhörigkeit ist die Lage offenbar stabil. Für eine später eingetretene „mas sive“ Verschlechterung der Hörproblematik (Urk. 1 S. 9) liegen keinerlei Anhaltspunkte vor, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht keine weiteren Abklärungen veranlasst hatte. 5.2.3

Unter diesen Umständen kann die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens vom 17. April 2015, ergänzt durch die Stellungnahme vom 7. Juni 2016, nicht lediglich aufgrund dessen Alters verneint werden. 5.3

Zusammenfassend ist (bei im massgebenden Vergleichszeitraum eingetretener Verschlechterung) davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Reinigungstätigkeit aufgrund der Schulterschmerzen nicht mehr möglich ist. Eine angepasste Tätigkeit wäre ihr jedoch zu einem Pensum von 60 % zumutbar. Dabei ist von folgendem Anforderungsprofil auszugehen: Kognitiv einfache, klar strukturierte Tätigkeit ohne höhere Anforderungen an Planung, Organisation und Fehlerkontrolle sowie an selbständige Arbeitsweise beziehungsweise kognitive Umstellfähigkeit, ohne Selbst- und Fremdgefährdung, ohne Einsatz beziehungsweise ohne repetitive Bewegungen des rechten Armes unter Belastung (Urk. 8/259 S. 55, Urk. 2 S. 2). Nicht massgebend ist die Vermittelbarkeit unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen, sondern einzig, ob die verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich genutzt werden könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG; BGE 134 V 64 E. 4.2.1, 110 V 273 E. 4b). 6.

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