

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00049 vom 4. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00049

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00049 du 4 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00049 del 4 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1972, Mutter von drei erwachsenen Kindern (1993, 1996, 1998), war seit dem 1. Januar 2014 als Raumpflegerin mit einem Pensum von 36 % in einer Apotheke in Bern tätig (vgl. Urk. 7/1 7

Ziff. 5.4). Unter Hinweis auf Weichteilrheuma, Fibromyalgie und Colon irritabile meldete sich die Versicherte am 14. Oktober 2017 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte bei der Y.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 10. September 2018 erstattet wurde (Urk. 7/26). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/32; Urk. 7/39) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. Dezember 2018 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/50 = Urk. 2).

E. 1.1

und 1.2). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine depressive Symptomatik mit Affektstörung, Antriebsstörung, Konzentrationsstörung und Schlafstörungen (Ziff. 2.2). Aktuell werde aus somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Ziff. 1.3). 4.7

Das polydisziplinäre Gutachten der Ärzte der Y.____ vom 10. September 2018 (Urk. 7/26) basiert auf

einer internistischen, einer orthopädischen, und einer psychiatrischen Beurteilung (Untersuchungen vom Juli und August 2018) sowie den vorhandenen Akten (vgl. S. 1). Darin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 4 Ziff. 4.2): - Fibromyalgiesyndrom

- chronisch zervikospo ndylogenes Syndrom linksbetont, mit chronischem linksbetonten Schulter-Arm-Syndrom links (painful

arc, sekundäre Arm hebe - und Halteschwäche)

I m i n t e r n i s t i s c h e n

Teilgutachten (Urk. 7/26/8-19) wurde ausgeführt, dass aus internistischer Sicht kein relevanter Befund erhoben werden könne (S. 9 Mitte).

Aus orthopädischer

Sicht (Urk. 7/26/20-43) wurde ausgeführt, es erscheine plausibel, dass durch die permanenten Muskelverspannungen wegen zu schwacher Muskulatur mit jahrzehntelang

bestehenden Myogelosen ein irreversibler Zustand erreicht worden sei (S. 17 oben).

Nach orthopädischer Einschätzung liege im Untersuchungszeitpunkt ein syndromales Schmerzbild im Sinne einer Fibromyalgie vor. Die Beschwerdeführerin leide zusätzlich unter den Folgen anderer aufgeführter Diagnosen und unter den Verspannungen und Weichteilschmerzen der Kopf- und Nackenregion und Schulter-Arm-Region links bei nur moderaten degenerativen Veränderungen in diesem Bereich (S. 18 unten). Ein Fibromyalgie-syndrom sollte allenfalls rheumatologisch bestätigt werden (S. 16 Mitte). Zu den Funktionseinschränkungen wurde angegeben, dass ein kraftvolles und vollständiges Heben und Beugen der Schulter links nicht möglich sei, eine kraftvoll anstrengende Tätigkeit im Stehen und Gehen nur reduziert möglich, die Hebe- und Tragearbeit über 10 kg reduziert, die Gehstrecke bei beginnender Gonarthrose leicht limitiert sei und Arbeiten im Knien, Hocken, in gebückter Haltung und in Zwangshaltungen am Boden nur reduziert oder nicht mehr zu empfehlen seien (S. 19). Insgesamt bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine 30%ige Leistungseinschränkung. In einer optimal angepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung der orthopädischen Schulterproblematik sei eine 80%ige Arbeitsfähigkeit plausibel (S. 22 Mitte). Dabei handle es sich um eine überwiegend körperlich leichte Tätigkeit unter Benutzung ausschliesslich oder überwiegend der Hände und Arme rumpfnah ohne besondere Seitenbetonung rechts / links (S. 22 unten).

Die therapeutischen Optionen auf orthopädischem Fachgebiet seien nicht ausgeschöpft. Unter adäquater Schmerztherapie sei aller Voraussicht nach eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 23 Mitte). In Bezug auf die Auswirkungen auf die Tätigkeiten im Haushalt wurde beim Einkaufen eine Einschränkung von 20 %, beim Reinigen / Putzen wie auch bei der Wäsche eine solche von 40 % sowie beim Kochen / Zubereiten und beim Aufräumen et cetera

eine Einschränkung von 20 % angegeben (S. 23 f.).

Im psychiatrischen

Teilgutachten (Urk. 7/26/44-69) wurde ausgeführt, der AMDP-konform erhobene Befund sei bis auf eine themenabhängige, jeweils kurzzeitige Affektinkontinenz (in Tränen ausbrechen) bezogen auf die objektiven Kriterien regelrecht. In der Gegenübertragung sei keine namhafte psychische Beeinträchtigung aufspürbar. Insbesondere seien die Achsensymptome einer depressiven Störung (tiefe Traurigkeit, Interesselosigkeit, Antriebslosigkeit) nicht evident. So berichte die Beschwerdeführerin anamnestisch einen ausreichend strukturierten Tagesablauf mit von ihr als positiv empfundenen Kontakten innerhalb der Familie und einigen Aktivitäten im Bereich des Haushaltes sowie eine Reisefähigkeit per Auto in ihr Heimatland. Insgesamt lasse sich von psychiatrischer Seite somit keine namhafte depressive Symptomatik objektivieren. Evident sei lediglich eine subsyndromale intermittierende psychische Beeinträchtigung, aus welcher allerdings keine namhaften Einschränkungen der Arbeits- und Alltagsfähigkeit resultierten (S. 17 oben). Insgesamt gab der psychiatrische Gutachter an, dass eine namhafte depressive Symptomatik weder aus den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin noch aus den in den Akten vorhandenen Behandlungsberichten objektiviert werden könne (S. 22 oben). Das von der Beschwerdeführerin geklagte Schmerzausmass sei klinisch nur teilweise nachvollziehbar. Insbesondere seien Schmerzexazerbationen mit einem maximalen Schmerzausmass auf der VAS nicht nachzuvollziehen und dürften am ehesten einer demonstrativ aggravierenden Symptompräsentation zuschulden sein (S. 17 Mitte). Gegen ein entsprechend starkes

Schmerzausmass spreche auch, dass die Beschwerdeführerin bis Februar 2018 in der Lage gewesen sei, einer bis zu 40%igen Tätigkeit als Raumpflegerin nachzugehen (S. 22 unten). Anhaltspunkte für das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder einer Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren ergäben sich nicht (S. 17 unten).

Psychiaterseits ergebe sich kein ausreichender Anhalt für eine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 Mitte).

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung

(Urk. 7/26/1-7) wurde ausgeführt, dass das Fibromyalgiesyndrom im Vordergrund stehe, welches gestützt auf die aktenmässig so vorliegende Diagnose und die eigene Befunderhebung bestätigt werden könne. Dadurch ergäben sich leichte bis mittelgradige Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit. Die quantitative prospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei unter Berücksichtigung von Inkonsistenzen erfolgt (S. 4 Mitte). Die drastische Beschwerdeschilderung sei prima vista teilweise nachvollziehbar gewesen. Bei genauer Betrachtung hätten sich aber auch Diskrepanzen der maximalen Beschwerdeangaben im Vergleich mit den aktuellen inner- und ausserhäuslichen Aktivitäten und der geringen Therapiemotivation (Leidensdruck) ergeben (S. 4 f.)

Ab Oktober 2017 (Aufgabe der Teilzeitarbeit und Anmeldung bei der Invalidenversicherung) könne in der bisherigen Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit und eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit angenommen werden (S. 5 Mitte). 4.8

Das MRI der LWS/ des lumbosakralen Übergangs vom 14. November 2018 (Bericht des H. ___ vom selben Tag, Urk. 7/48/1) zeigte Zeichen einer seronegativen

Spondylarthropathie mit linksbetont leichten bis mässigen ISG Arthritiden, einer möglichen Spondylitis anterior Th11-L1 sowie auch ein Ödem rechts an den Endplatten L3/L4 und ein Ödem im Lig. Spinosum L2-L4. Zudem wurden eine flache linksbetonte Protrusion L4/L5, ein Bulging L2-L4 sowie leichte Spondylarthrosen L2-S1 angegeben. 4.9

Dr. med.

I. ___, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 14. November 2018 (Urk. 7/48/2-4) folgende Hauptdiagnosen (S. 1 f.): -
Fibromyalgiesyndrom

- mediale Gonarthrose beidseits (Röntgen 11/17) - rezidivierende mittelgradige depressive Störung (circa 02/16) - chronischer Husten bei Verdacht auf beginnende COPD

Dr. I. ___ führte aus, die Beschwerdeführerin klagt über Ganzkörperschmerzen. Die

Kriterien für eine Fibromyalgie seien erfüllt. Im Vordergrund stünden einerseits die Schultern bei ausgeprägter Scapula

Dyskinesie

so wie leichter Tendinose der Supraspinatussehne und andererseits lumbale Beschwerden. Im MRI finde sich eine Diskushernie L4/5, welche die Symptomatik erkläre. Sie habe nun eine epidurale Infiltration angemeldet. Zusätzlich bestünden auch beginnende retropatellär betonte Gonarthrosen beidseits (S. 3 Mitte). 5.5.1

Vorab stellt sich die Frage nach dem Status der Beschwerdeführerin.

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin als voll erwerbstätig mit 37 % Erwerbstätigkeit, mithin als

hypothetisch im Gesundheitsfall lediglich teilerwerbstätige versicherte Person ohne Aufgabenbereich im Sinne von Art.

27 IVV (vgl. E. 1.4). 5.2

Demgegenüber hielt die Beschwerdeführerin fest, dass sie heute, wenn sie gesund wäre, in einem 100%-Pensum arbeiten würde.

Obwohl sie früher mehrheitlich für die Kinderbetreuung zuständig gewesen sei, habe sie stets als Reinigungskraft in unterschiedlichen Pensen von mindestens 40 % gearbeitet. Aufgrund von massiven Schmerzen im Bewegungsapparat habe sie ihr Arbeitspensum nie mehr auf 100 % steigern können und sei schmerzbedingt gezwungen gewesen, dieses massiv zu reduzieren. 5.3

Aus den Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrem Ehemann und den drei erwachsenen Kindern in einer 4 ½-Zimmerwohnung lebt (Urk. 7/26/13). Die Hausärztin

Dr. B. ___ hielt im November 2017 fest, dass die Beschwerdeführerin an massiven Schmerzen im Bewegungsapparat leide und ihr Arbeitspensum von sich aus von etwa 60 % auf aktuell drei Stunden pro Tag reduziert habe (vgl. vorstehend E. 4.1). Soweit die Beschwerdegegnerin festhielt, die Beschwerdeführerin habe „erst wieder ab dem Jahr 2000 für jeweils zwei Stunden pro Tag“ gearbeitet, erscheint dies angesichts des Alters der Kinder - das jüngste kam im Oktober 1998 zur Welt - durchaus nachvollziehbar. Aufgrund des Auszugs aus dem Individuellen Konto (Urk. 7/4) ergeben sich in den Jahren 2001 bis 2004 jährliche Einkommen im Bereich von Fr. 11'000.-- bis Fr. 14'000.--, in den Jahren 2005 bis 2009 von Fr. 15'000.-- bis Fr. 18'000.-- und in den Jahren 2010 bis 2016 von Fr. 21'000.-- bis Fr. 26'000.--. Dies deutet darauf hin, dass die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum mit zunehmendem Alter der Kinder gesteigert hat. Die zugrundeliegenden Arbeitspensen sind jedoch nicht bekannt, Arbeitgeberberichte liegen keine vor. 5.4

Vor diesem Hintergrund erscheint es zumindest fraglich, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall freiwillig lediglich zu 37 % arbeitstätig wäre. Zudem könnte man angesichts des Fünfpersonen-Haushalts durchaus auch von einem Haushaltsbereich ausgehen, zumal die Beschwerdeführerin offenbar die Wäsche pflegt und die Zubereitung des Nachtessens für die ganze Familie übernimmt (Urk. 7/26/55), was sie - zumindest bei nicht 100%iger Arbeitstätigkeit -

wohl auch im Gesundheitsfall machen würde. Die Statusfrage kann vorliegend jedoch offengelassen werden, wie im Folgenden (E. 7.3) zu zeigen sein wird. Entsprechend ist auch keine Haushaltsabklärung erforderlich. 6.

E. 1.2

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

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4).

E. 1.4

Bei einer hypothetisch im Gesundheitsfall lediglich teilerwerbstätigen versicherten Person ohne Aufgabenbereich im Sinne von Art.

27 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) bemisst sich die Invalidität rechtsprechungsgemäss nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs oder einer Untervariante (Schätzungs- oder Prozentvergleich, ausserordentliches Bemessungsverfahren) davon. Dabei ist das Valideneinkommen nach Massgabe der ohne Gesundheitsschaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen, wobei entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum, um mehr Freizeit zu haben, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen. Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Dabei kann das –

ärztlich fest zulegende – Arbeitspensum unter Umständen grösser sein als das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung geleistete (BGE 131 V 51 E. 5.1.2; wiedergegeben in BGE 142 V 290 E. 5).

In Präzisierung dieser Rechtsprechung hat das Bundesgericht in BGE 142 V 290 entschieden, dass bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode zu ermittelnde Einschränkung im (al lein versicherten) erwerblichen Bereich proportional – im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit – zu berücksichtigen ist (E. 7.3).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.6

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 17. Januar 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 12. Dezember 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr spätestens ab dem 1. April 2018 eine ganze Invalidenrente auszurichten, eventuell sei ein neutrales Gutachten und falls notwendig eine Haushaltsabklärung in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2019 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 17. Mai 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch, mithin insbesondere Qualifikation, Arbeitsfähigkeit und Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) aus, dass die Beschwerdeführerin vor der Mutterschaft während etwa eineinhalb Jahren in einem vollen Pensum gearbeitet habe. Danach habe sie erst wieder ab dem Jahr 2000 für jeweils zwei Stunden pro Tag gearbeitet. Das Nachgehen einer 100%igen Arbeitstätigkeit bei vollständiger Gesundheit sei somit nicht nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin werde deshalb als voll erwerbstätig mit 37 % Erwerbstätigkeit qualifiziert. Aus somatischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit von 70 % als Raumpflegerin ausgewiesen. Aus diesem Grund könne im Haushaltsbereich keine Einschränkung vorliegen, welche den Anspruch auf eine Rente tangiere. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich kein ausreichender Anhalt für eine Einschränkung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 oben).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin stellte sich in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, dass sie aufgrund der Fibromyalgie und der rezidivierenden depressiven Störung nachweislich zu 100 % erwerbsunfähig sei (S. 14 unten). Wenn sie gesund wäre, würde sie heute in einem 100%-Pensum arbeiten (S. 14 Mitte). Obwohl sie früher mehrheitlich für die Kinderbetreuung zuständig gewesen sei, habe sie stets als Reinigungskraft in unterschiedlichen Pensen von mindestens 40 % gearbeitet (S. 5 Mitte). Aufgrund von massiven Schmerzen im Bewegungsapparat habe sie ihr Arbeitspensum nie mehr auf 100 % steigern können (S. 5 f.). Spätestens seit Sommer 2015 sei sie schmerzbedingt gezwungen gewesen, ihr Arbeitspensum massiv zu reduzieren (S. 14 oben). Des Weiteren kritisierte die Beschwerdeführerin insbesondere das Medas-Gutachten (S. 8 ff.). Dieses sei widersprüchlich, unvollständig und nicht nachvollziehbar (S. 12 oben). Der Gutachter Dr. med.

Z. ___ verfüge nicht mehr über eine Berufsausübungsbewilligung, weshalb er gemäss „Kodex für Gutachterinnen und Gutachter“ keine Gutachten verfassen dürfe. Auch führe er den Titel FMH, ohne Mitglied zu sein, weshalb eine Titelanmassung vorliege (S. 8 f.). Der Gutachter PD Dr. med. A. ___ verfüge im Kanton St. Gallen lediglich über eine sogenannte 90-Tage Dienstleistungsberechtigung (S. 9 Mitte). Zudem sei sie trotz Empfehlung des orthopädischen Gutachters Dr. A. ___ nie rheumatologisch begutachtet worden (S. 10 unten). Auch sei widersprüchlich, dass sie in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft 70 % arbeitsfähig, in der Haushaltsführung unter dem Titel Reinigung / Putzen jedoch zu 40 % eingeschränkt sein sollte (S. 9 unten). Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin keine Indikatoren- und Ressourcenprüfung durchgeföhrt (S. 12 Mitte) und keine Haushaltsabklärung vorgenommen (S. 16 oben). 3.

Die Beschwerdeführerin beanstandete ausserdem, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nicht auf ihre Eingaben respektive die geäusserten Kritikpunkte eingegangen sei und dadurch eine Rechtsverweigerung begangen habe (Urk. 1 S. 4 unten). Damit machte die Beschwerdeführerin eine Verletzung der Begründungspflicht geltend. Dazu ist festzuhalten, dass die Begründungspflicht als Ausfluss des Anspruchs auf rechtliches Gehör nicht bedeutet, dass sich die Behörde mit jedem einzelnen Vorbringen und jedem einzelnen Aktenstück ausdrücklich auseinandersetzen muss. Die Begründung muss kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich die Verfügung stützt. Nicht erforderlich ist hingegen, dass sich die Verfügung mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen

ausdrücklich widerlegt. Es genügt, wenn die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht angefochten werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_511/2007 vom 22. November 2007 E. 4.2.2 mit Verweisen). Vorliegend hat die Beschwerdeführerin ihre

Verfügung begründet und ist dabei auch auf die wesentlichen Standpunkte der Beschwerdeführerin eingegangen (vgl. Urk. 2 S. 2 oben). Die Anforderungen an die Begründungspflicht sind somit erfüllt. 4.4.1

Dr. med.

B.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 4. November 2017 (Urk. 7/5/1-4) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - chronisches

zervikospondylogenes Syndrom linksbetont bei skoliotischer Schiefhaltung thorakal nach links, thorakale Hyperkyphose, Haltungsinuffizienz, Knick-Senkfüsse beidseits, MRI HWS C.____: unauffällig - sekundäre Schmerzausweitung mit Schmerzen ganze linke Körperseite und fibromyalgiformes

myofaszielles Schmerzsyndrom - depressive Entwicklung - Status nach HP positiver Gastritis und erfolgreicher HP-Eradikation 2005 - Nikotinabusus - Vitamin D3 Mangel, substituiert

Dr. B.____ führte aus,

die Beschwerdeführerin leide seit zwölf Jahren an linksseitigen Körperschmerzen. Seit Sommer 2015 sei eine massive Verschlechterung dieser Beschwerden eingetreten (Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin habe ihr Arbeitspensum von sich aus von etwa 60 % auf aktuell drei Stunden pro Tag reduziert, da sie nicht mehr in der Lage gewesen sei, die Arbeit zu bewältigen. Sie arbeite als Reinigungskraft und müsse nach jeder Arbeitsstunde eine Pause einlegen (Ziff. 1.6). Wegen der massiven Schmerzen im Bewegungsapparat und der dadurch entstandenen Depression sei die Beschwerdeführerin im Berufsleben wie auch im Alltag stark eingeschränkt. Auch zuhause könne sie kaum den Haushalt führen und sei auf die Hilfe ihrer Kinder und des Ehemannes angewiesen (Ziff. 1.7). 4.2

Im Bericht der Ärzte des C.____, Klinik für Rheumatologie,

vom 13. November 2017 (Urk. 7/7) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Ziff. 1.1): - chronisch zervikospondylogenes Syndrom linksbetont

- klinisch leichte skoliotische Schiefhaltung thorakal nach links, linker Tiefschulterstand, thorakale Hyperkyphose, Haltungsinuffizienz, tendenziell Hyperlaxität ohne Hyperlaxitätssyndrom, Knick-Senkfuß beidseits

- Röntgen der HWS: Hyperkyphosierung der oberen BWS, leichte multisegmentale Spondylose

- MRI HWS unauffällig - tendenzielle Schmerzausweitung und myofaszielles Schmerzsyndrom - Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Zudem wurde ausgeführt, es handle sich um eine chronische Situation. Wegen begleitender Schmerzausweitung und subdepressiver Verstimmung sowie bei schlechter Medikamentenverträglichkeit sei kurzfristig nicht mit einer relevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 2 unten).

Aufgrund der Schmerzintensität und der Beschwerdeakkumulation im Laufe des Tages sei eine volle Arbeitstätigkeit nicht mehr möglich. Ebenso bestehe eine Verminderung der Leistungsfähigkeit. Mittelschwere bis schwere Arbeiten seien nicht möglich. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (S. 3 unten). Eine angepasste Tätigkeit unter Vermeidung von mittelschweren bis schweren körperlichen Aufgaben, Überkopfarbeiten, Lasten über 5 kg, Treppensteigen und Beugen, sei im Umfang von 50 % (nicht länger als vier Stunden pro Tag) zumutbar (S. 3 f.). 4.3

Vom 20. Februar bis 7. März 2018 war die Beschwerdeführerin in der rheumatologischen Klinik des

C.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 7. März 2018 (Urk. 7/9) wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen genannt (S. 1): - Fibromyalgiesyndrom

- myofasziale Nacken-, Schulter- und Armschmerzen links

- mediale Gonarthrose beidseits

- rezidivierende mittelgradige depressive Störung

- chronischer Husten

Klinisch zeigten sich eine ungünstige Haltung, deutliche myofasziale Befunde im Schulter- und Nackenbereich, eine allgemeine Dekonditionierung und eine diffuse Weichteildruckdolenz (S. 2 oben). Die Schmerzen seien während der Hospitalisation in etwa unverändert geblieben (S. 2 Mitte).

Für die Zeit vom 20. Februar bis 25. März 2018 wurde der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 3 Mitte). 4.4

Vom 7. bis 31. März 2018 befand sich die Beschwerdeführerin zur Rehabilitation in der Klinik der D.____. Die Ärzte der D.____

führten im Bericht vom 31. März 2018 (Urk. 7/10/24-27) aus, dass die Schmerzsituation trotz verschiedenen physiotherapeutischen Massnahmen nicht wesentlich habe verbessert werden können (S. 2 unten). Psychotherapeutisch habe die Beschwerdeführerin ein mittelgradig depressives Zustandsbild mit gedrückter Stimmung, Freudlosigkeit, vermindertem Antrieb bei gleichzeitiger innerer Unruhe, Hoffnungslosigkeit und vermindertem Selbstwertgefühl gezeigt (S. 3 oben). Vom 7. März bis 8. April 2018 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Mitte). 4.5

Dr. B.____ führte im Bericht vom 29. April 2018 (Urk. 7/10/4-6) aus, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit ihrem letzten Bericht verschlechtert (Ziff. 1.1). In Bezug auf die Diagnosen nannte sie neu ein Fibromyalgiesyndrom mit Ganzkörperschmerzen, Müdigkeit und unerholsamem Schlaf (Ziff. 1.2). Trotz multimodaler stationärer Therapie im C.____ und Rehabilitation in D.____ sei eine Zunahme der generalisierten Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates erfolgt, so dass die Beschwerdeführerin auch leichte Haushaltsaufgaben fast nicht mehr verrichten könne. Die Depression habe sich wegen der nicht eingetretenen, erhofften Verbesserung massiv verstärkt (Ziff. 1.3). Aktuell sei die Beschwerdeführerin 100% arbeitsunfähig (Ziff. 2 und Ziff. 4). 4.6

E.____ und Dr. med.

F.____, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,

G.____, nannten im Bericht vom 22. Mai 2018 (Urk. 7/13) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom - chronisches thorakospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont - Gonarthrose beidseits - chronischer Husten

Die Beschwerdeführerin stehe seit dem 16. April 2018 bei ihnen in Behandlung, die Termine finden 14täglich statt (Ziff.

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Die ausführliche Expertise der Ärzte der Y.____ vom September 2018 erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. E. 1.5). Sie setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigt insbesondere auch sämtliche bis dahin angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte. Insgesamt ist das Gutachten umfassend und vermag zu überzeugen. Darauf kann abgestellt werden.

E. 6.2

Die Gutachter der Y.____ nannten die Diagnosen eines Fibromyalgiesyndroms sowie eines chronisch zervikospondylogenen Syndroms und attestierten der Beschwerdeführerin eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

Dieser Einschätzung der Arbeitsfähigkeit stehen die Beurteilungen der Hausärztin

Dr. B.____, welche der Beschwerdeführerin im April 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, sowie der Ärzte der Rheumatologie des C.____, welche im November 2017 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (ohne schwere und mittelschwere Arbeiten) ausgingen, gegenüber.

In den übrigen Berichten finden sich keine (eigenen) Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit respektive wurde eine Arbeitsunfähigkeit lediglich für die Dauer der Hospitalisation sowie einige Tage darüber hinaus bescheinigt.

E. 6.3

Im Bericht der Ärzte der Rheumatologie des C.____ (vgl. vorstehend E. 4.1 und E. 4.2) wurde nicht näher dargelegt, weshalb in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit besteht. Neben einem chronisch zervikospondylogenen Syndrom linksbetont wurde auch ein Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Der psychiatrische Gutachter der Y.____ nahm Stellung zu dieser Beurteilung. Er führte aus, dass in diesem Bericht der Ärzte des C.____ keine namhafte psychische Beeinträchtigung beschrieben wurde. Es sei lediglich von einer

subdepressiven Verstimmung die Rede und es werde ein Verdacht auf eine Schmerzstörung ge äussert (Urk. 7/26/61).

Insgesamt vermag die Einschätzung der Ärzte der Rheumatologie des C.____ das Gutachten der Y.____ nicht in Zweifel zu ziehen.

Zu den Beurteilungen durch Dr. B.____

(vgl. vorstehend E. 4.5) hielt der psychiatrische Gutachter der Y.____ fest, es seien keine namhaften Einschränkungen aufgeführt worden, welche die Diagnose einer depressiven Episode objektivieren könnten. Es seien lediglich Einschränkungen bezüglich Konzentration, Auffassungsvermögen, Anpassung und Belastbarkeit angegeben worden. Einschränkungen in der Konzentration und im Auffassungsvermögen seien indessen aktuell so wie retrospektiv nicht nachvollziehbar (Urk. 7/26/61).

Soweit Dr. B.____

der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte, vermag diese Einschätzung die eingehend begründeten Untersuchungsergebnisse der Ärzte der Y.____ ebenfalls nicht zu entkräften, zumal

die Beschwerdeführerin seit April 1998 bei Dr. B.____

in hausärztlicher Behandlung steht (vgl. Urk. 7/5/1-4 Ziff. 1.2) und somit zwischen ihnen eine auftragsrechtliche Vertrauenskonstellation besteht (vgl. E. 1.6).

E. 6.4

Die Beschwerdeführerin machte geltend, dass sie trotz Empfehlung des orthopädischen Gutachters nicht rheumatologisch begutachtet worden sei. Der orthopädische Gutachter führte in seinem Teilgutachten aus, dass ein Fibromyalgiesyndrom allenfalls rheumatologisch bestätigt werden sollte. Im Rahmen des Gutachtens erfolgte keine rheumatologische Untersuchung. Indessen war bereits im Austrittsbericht des C.____, Klinik für Rheumatologie, vom 7. März 2018 ein Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert worden. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung

der Ärzte der Y.____ wurde die Diagnose des Fibromyalgiesyndroms nicht angezweifelt respektive diesbezüglich kein Vorbehalt gemacht (vgl. Urk. 7/26/4).

Nach Erstellung des Gutachtens hielt schliesslich auch die Rheumatologin Dr. I.____ in ihrem Bericht vom 14. November 2018 (E. 4.9) fest, dass die Kriterien für eine Fibromyalgie erfüllt seien. Diesbezüglich besteht somit kein weiterer Abklärungsbedarf.

Auch ansonsten besteht kein Anlass für weitere Abklärungen. So hat Dr. I.____ die Radiologie-Befunde vom 14. November 2018 in ihrem Bericht verarbeitet und dennoch – entsprechend dem Gutachten – «lediglich» ein Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert.

E. 6.5

Die Beschwerdeführerin beanstandete weiter, dass ihr die Gutachter im Haushalt eine 40%ige Einschränkung im Bereich Reinigung/Putzen bescheinigt hätten, in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft indessen eine lediglich 30%ige Einschränkung. Dazu ist zu bemerken, dass gewisse schwere Tätigkeiten, die im Haushalt anfallen (beispielsweise Fenster putzen, Backofen reinigen, Betten beziehen), in einer üblichen Reinigungstätigkeit im ausserhäuslichen Bereich, beispielsweise bei der Reinigung von

Büros, nicht zu verrichten sind. Damit kann der geringe prozentuale Unterschied erklärt werden.

E. 6.6

Des Weiteren machte die Beschwerdeführerin in Bezug auf den internistischen Gutachter der Y.____, Dr. med. Z.____, geltend, dass dieser nicht über eine Berufsausübungsbewilligung verfüge und überdies den Titel FMH führe, ohne Mitglied zu sein.

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hängt davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse der Expertin oder des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachtensperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson vorausgesetzt. Hin gegen ist der FMH-Titel nicht Bedingung. Die Titelanmassung stellt den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens erheblich in Frage (Urteil des Bundesgerichts 8 C_66/2010 vom 6. September 2010 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

Das Bundesgericht hat eine kantonale Berufsausübungsbewilligung bislang nie als Voraussetzung für die Gutachtertätigkeit genannt (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2016 vom 27. April 2016 E. 4.3 mit Hinweisen).

Dr. Z.____ ist gemäss Ärzteverzeichnis der FMH (www.doctorfmmh.ch) Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nicht aber Mitglied der FMH. Auch wird er auf der Homepage der Swiss Insurance Medicine (SIM) nicht als zertifizierter medizinischer Gutachter SIM aufgeführt (www.swiss-insurance-medicine.ch

), wobei es sich wohl nicht um eine abschliessende Aufzählung handelt. Vor dem Hintergrund der zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung führt dies indessen nicht dazu, dass der Beweiswert des medizinischen Gutachtens in Frage gestellt würde.

E. 6.7

Die Beschwerdeführerin beanstandete ausserdem, dass der orthopädische Gutachter PD Dr. med. A.____ im Kanton St. Gallen lediglich über eine sogenannte 90-Tage Dienstleistungsberechtigung verfüge. Sie machte jedoch nicht geltend - und es liegen auch keine entsprechenden Hinweise vor -, dass PD Dr. med. A.____ im Jahr 2018 mehr als 90 Tage als Gutachter im Kanton St. Gallen tätig gewesen wäre. 6.

E. 8

00.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin 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 zu gestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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
Mosimann
Neuenschwander-Erni

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