

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assurances

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
I 41/04
{T 7}

Urteil vom 13. Dezember 2004
IV. Kammer

Besetzung
Präsident Ferrari, Bundesrichter Meyer und nebenamtlicher Richter Maeschi; Gerichtsschreiberin Durizzo

Parteien
T._____, 1962, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Guido Brusa, Strassburgstrasse 10, 8004 Zürich,

gegen

IV-Stelle des Kantons Zürich, Röntgenstrasse 17,
8005 Zürich, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Winterthur

(Entscheid vom 27. November 2003)

Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene T._____, verheiratet und Mutter von zwei 1988 und 1997 geborenen Kindern, war seit 1981 als Hilfsarbeiterin/Abpackerin bei der Firma F._____ AG, tätig. Ab 1. Oktober 1997 arbeitete sie noch zu 50 %. Wegen asthmatischer Beschwerden meldete sie sich am 24. November 1997 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an. Nach Vornahme medizinischer sowie beruflicher Abklärungen und Durchführung des Vorbescheidverfahrens erliess die IV-Stelle des Kantons Zürich am 21. September 1998 eine Verfügung, mit welcher sie die Ausrichtung einer Rente mangels einer leistungsbegründenden Invalidität ablehnte. Mit Entscheid vom 21. Januar 2000 bestätigte das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich diese Verfügung. Die hiegegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde wies das Eidgenössische Versicherungsgericht mit Urteil vom 16. Mai 2001 ab.

Am 3. Juli 2001 meldete sich T._____ mit dem Begehren um Zusprechung einer Rente erneut zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an. Nach Einforderung neuer Arztberichte trat die IV-Stelle auf das Begehren ein, traf weitere Abklärungen und holte bei der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) der Universitätskliniken Basel-Stadt ein polydisziplinäres Gutachten ein. In dem am 4. September 2002 erstatteten Bericht wurden die Hauptdiagnosen eines generalisierten Schmerzsyndroms mit unspezifischen Myalgien/Arthralgien und Thorakovertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung und Dekonditionierung, einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des respiratorischen Systems sowie einer Dysthymie erhoben und die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit auf 70 % geschätzt. Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens verfügte die IV-Stelle am 10. Dezember 2002 die Abweisung des Rentenbegehrens mit der Begründung, der Invaliditätsgrad betrage lediglich 30 %.

B.

Mit Entscheid vom 27. November 2003 wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die hiegegen erhobene Beschwerde ab.

C.

T._____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei ihr eine ganze Invalidenrente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von

mehr als 70 % zuzusprechen; eventuell sei die Sache zu ergänzender Abklärung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Die IV-Stelle des Kantons Zürich beantragt Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung verzichtet auf Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Die Beschwerdeführerin beantragt die Durchführung einer persönlichen Befragung im Rahmen einer mündlichen Verhandlung sowie die Zeugenbefragung der behandelnden Ärzte und Ärztinnen. Von entsprechenden Beweisvorkehren ist abzusehen, weil sie für die Beurteilung der Streitsache nicht erforderlich sind, wie sich aus dem Folgenden ergibt. Ein Antrag auf öffentliche Verhandlung im Sinne von Art. 6 Ziff. 1 EMRK liegt nicht vor (vgl. BGE 125 V 38 Erw. 2; 122 V 55 Erw. 3a).

2.

2.1 Im kantonalen Entscheid werden - teilweise unter Hinweis auf die Ausführungen in der streitigen Verwaltungsverfügung - die für den Rentenanspruch in der Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 1 IVG), die Invaliditätsbemessung (Art. 28 Abs. 2 IVG) und die Neubeurteilung von Rentenbegehren nach erfolgter Ablehnung des Leistungsanspruchs (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV; BGE 130 V 64 ff. und 71 ff.) geltenden Bestimmungen zutreffend dargelegt. Das Gleiche gilt hinsichtlich der vorinstanzlichen Ausführungen zur Nichtanwendbarkeit des am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 (BGE 129 V 4 Erw. 1.2). Darauf kann verwiesen werden.

2.2 Unbestritten ist, dass seit der mit Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 16. Mai 2001 in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 21. September 1998, mit welcher ein Rentenanspruch mangels einer leistungsbegründenden Invalidität verneint wurde, bei der Beschwerdeführerin eine für den Anspruch erhebliche Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse eingetreten ist. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit rentenbegründendes Ausmass erreicht hat.

3.

3.1 Verwaltung und Vorinstanz haben das Leistungsbegehren im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten der MEDAS vom 4. September 2002 abgewiesen, welches auf internistischen, rheumatologischen und psychosomatischen Untersuchungen beruht. Die Beschwerdeführerin macht vorab geltend, das Gutachten sei mangelhaft, weil es die im vorliegenden Fall wesentlichen Fachbereiche der Psychiatrie, der Inneren Medizin, der Pulmologie, der Allergologie und der Endokrinologie nicht umfasse. Bezüglich des psychosomatischen Teilgutachtens wird bemängelt, dass dieses durch einen Assistenzarzt der psychosomatischen Abteilung verfasst wurde, welcher nicht berufen sei, sich zu den fachärztlichen psychiatrischen Befunden zu äussern. Ferner wird eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend gemacht, indem sich die behandelnden Ärzte und Ärztinnen zur gutachtlichen Beurteilung nicht hätten äussern können, obschon die Zweckmässigkeit der von ihnen durchgeführten Behandlung im Gutachten in Frage gestellt werde.

3.2 Mit dem Gutachtensauftrag vom 23. November 2001 hat die IV-Stelle die MEDAS beauftragt, insbesondere zur Arbeitsfähigkeit und zu den Möglichkeiten einer Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit durch medizinische Massnahmen Stellung zu nehmen. Eine spezifische Fragestellung oder Angaben dazu, unter welchen medizinischen Fachrichtungen ein Gutachten zu erstellen war, erfolgten nicht. Es blieb daher der Abklärungsstelle überlassen, darüber zu befinden, unter welchen Aspekten zusätzliche Untersuchungen und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen waren. Wenn die MEDAS unter den gegebenen Umständen eine internistische Untersuchung mit Abklärung der Lungenfunktion sowie eine rheumatologische und psychosomatische Begutachtung vorgenommen hat, so ist dies nicht zu beanstanden. Dass kein pulmonologisches, allergologisches und endokrinologisches Fachgutachten angeordnet wurde, lässt sich damit begründen, dass es sich dabei um Teilgebiete der Inneren Medizin handelt, welche im Rahmen der internistischen Untersuchung zu berücksichtigen waren und keine Spezialgutachten erforderlich machten. Es erscheint sodann nicht als zwingend, dass neben oder anstelle der psychosomatischen Abklärung eine psychiatrische Beurteilung hätte

vorgenommen werden sollen, zumal im Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. B. _____ vom 20. September 2001 eine ergänzende medizinische Abklärung als nicht notwendig bezeichnet wurde. Dem psychosomatischen Fachgutachten ist auch nicht deshalb der Beweiswert abzusprechen, weil es von einem Assistenzarzt verfasst wurde. Das Teilgutachten wurde von Prof. Dr. med. K. _____, Ärztlicher Leiter der Abteilung für Psychosomatik des Spitals X. _____ und Mitglied des Fachbeirates der MEDAS, visiert. Zudem wurden die Teilgutachten am 23. Mai 2002 an einer multidisziplinären Konsenskonferenz der beteiligten Ärzte besprochen, was Grundlage der Gesamtbeurteilung im Gutachten vom 4. September 2002 bildete. Schliesslich bestand unter dem

Gesichtspunkt des rechtlichen Gehörs weder für die Verwaltung noch die Vorinstanz eine Pflicht, das Gutachten den behandelnden Ärzten und Ärztinnen zur Stellungnahme zu unterbreiten. Es genüge, dass die Beschwerdeführerin sich zum Gutachten äussern konnte, wovon sie - und auf ihre Veranlassung auch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen - denn auch Gebrauch machte. Entgegen den Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde kann daher nicht gesagt werden, auf das Gutachten sei schon aus formellen Gründen nicht abzustellen.

4.

4.1 In beweismässiger und materieller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin geltend, das Gutachten vom 4. September 2002 stütze sich auf mangelhafte Teilgutachten, setze sich mit den übrigen Arztberichten nicht auseinander und gelange zu einer unrealistischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Zur rheumatologischen Beurteilung wird vorgebracht, diese sei einerseits unvollständig und äussere sich andererseits zu Befunden, die nicht in das Fachgebiet der Rheumatologie gehörten. Als unbegründet und unzutreffend habe die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen und der Arbeitsfähigkeit zu gelten, weil der untersuchende Arzt selber davon ausgehe, dass eine körperliche Arbeit nicht mehr möglich sei. Bei der Beurteilung unberücksichtigt geblieben sei der vom Gutachter offenbar festgestellte Zusammenhang zwischen der von ihm als Depression diagnostizierten psychischen Störung und den seitens des Bewegungsapparates bestehenden Symptomen. Im Übrigen sei die Untersuchung mit einer mangelhaften sprachlichen Verständigung erfolgt, was zu Fehlern in der Anamnese geführt habe. Im psychosomatischen Gutachten fehle ein Psychostatus und es werde lediglich eine bedingte Diagnose gestellt. Die Beurteilung sei auf die Atemproblematik beschränkt

und unvollständig, weil nicht alle begleitenden somatischen Diagnosen berücksichtigt worden seien. Die Diagnose einer Dysthymie sei als unzutreffend zu erachten, nachdem sämtliche andern Ärzte eine Depression diagnostiziert hätten. Völlig unverständlich sei, weshalb das Fehlen einer ausreichend dosierten antidepressiven Therapie gerügt werde, obschon das Vorliegen einer Depression verneint werde. Schliesslich stehe die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter dem Vorbehalt noch vorzunehmender somatischer Abklärungen. Unvollständig sei auch die internistische Untersuchung und Beurteilung: Sie lasse unbeachtet, dass ein Asthma bronchiale ausgewiesen sei. Zudem seien die Ursachen der vorhandenen Leistungsschwäche nicht hinreichend abgeklärt worden.

4.2 In der gutachtlichen Gesamtbeurteilung vom 4. September 2002 wird ausgeführt, die Versicherte leide an einem generalisierten Schmerzsyndrom sowie an Dysthymie. Ein belastungsinduziertes Asthma bronchiale habe bei der Lungenfunktionsprüfung ausgeschlossen werden können; doch seien die Ursachen der mittelschwer bis schwer eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit unklar geblieben. Eine mögliche Ursache wäre eine Herzerkrankung, für die sich allerdings keine Anhaltspunkte ergeben hätten. Dennoch schliesse man sich dem Vorschlag des Pneumologen Dr. med. S._____ auf eine sonographische Untersuchung des Herzens an. Am plausibelsten als Ursache für die Leistungsschwäche sei eine Kombination von ausgeprägtem Trainingsmangel, fraglicher Leistungsmotivation sowie einer Nebenwirkung der relativ hoch dosierten, lang andauernden Steroid-Medikation. Eine mögliche kardiale Ursache der Leistungsschwäche sollte ausgeschlossen werden, bevor ein Trainingsmangel angenommen werde. Das Absetzen der Steroid-Medikation wäre wünschbar. In der angestammten Tätigkeit sei - soweit es sich tatsächlich um eine körperlich schwer belastende Arbeit handle - von einer um 70 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen, wobei hierin die

psychosomatisch attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % enthalten sei. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Es müssten jedoch bedeutende Rehabilitationshindernisse (subjektive Krankheitsüberzeugung, fehlende Berufsausbildung, soziokulturelle Entwurzelung etc.) überwunden werden.

Die von Dr. med. O._____ durchgeführte internistische Untersuchung hatte keine erheblichen pathologischen Befunde ergeben. Eine vom Pneumologen Dr. med. S._____ vorgenommene Prüfung der Lungenfunktion in Ruhe zeigte leicht erhöhte bronchiale Widerstände und im Übrigen normale Werte. Die spiroergometrische Abklärung führte zur Annahme einer mittelschwer bis schwer eingeschränkten Leistungsfähigkeit ohne Hinweise auf eine pulmonale Limitation oder ein belastungsinduziertes Asthma bronchiale. Eindeutige Anhaltspunkte für eine kardiale Limitation wurden nicht gefunden. Es wurde jedoch die Auffassung vertreten, die Einschränkung der Leistungsfähigkeit allein durch Trainingsmangel zu erklären, erscheine beim bestehenden Befund als gewagt. Zum sicheren Ausschluss einer Herzerkrankung werde eine Echokardiographie empfohlen.

Im rheumatologischen Fachgutachten vom 6. Mai 2002 stellt Dr. med. G._____ die Diagnosen eines generalisierten Schmerzsyndroms mit/bei unspezifischen Myalgien und Arthralgien (ICD-10 M79.1), Thorakovertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung und Dekonditionierung (ICD-10 M54.5),

anamnestisch lumbospondylogener Schmerzkomponente links, anamnestisch Asthma bronchiale sowie chronischer Rhinosinusitis und iatrogenem Cushing-Syndrom. Ferner werden die Verdachtsdiagnosen einer Schmerzverarbeitungsstörung und depressiven Entwicklung erhoben. In der Beurteilung wird ausgeführt, bei der Versicherten bestehe ein generalisiertes Schmerzsyndrom, das in Form einer rezidivierenden Rhinosinusitis und eines derzeit unter systemischen Steroiden klinisch inapparenten Asthma bronchiale einen somatischen Kern zeige, der auch eine entzündliche Systemerkrankung als möglich erscheinen lasse. Nach den Akten scheine schon früh eine erhebliche Symptomausweitung der organischen Beschwerden eingetreten zu sein. Wegen einer Exazerbation der asthmoiden Beschwerden erfolge weiterhin eine systemische Steroidtherapie, über deren Indikation von pneumologischer Seite keine Angaben vorhanden seien. Als Folge dieser Medikation habe sich ein erhebliches iatrogenes

Cushing-Syndrom ausgebildet, weshalb die Indikation zu dieser Therapie zu überprüfen sei. Seitens des Bewegungsapparates bestünden gegenwärtig nicht im Vordergrund stehende Symptome eines thorakovertebralen Schmerzsyndroms, die aufgrund der Fehlstatik bei Adipositas, Dekonditionierung und Haltungsinsuffizienz gut im Rahmen einer mechanischen Genese zu erklären seien. Bei persistierenden und lokal eingrenzbaren Symptomen unter fortgeführter Steroidtherapie sei eine steroidinduzierte Osteoporose mit entsprechenden Wirbelkörperveränderungen in Betracht zu ziehen und gegebenenfalls abzuklären. Die Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit Nasennebenhöhlen-Symptomatik und asthmoider Komponente lasse differentialdiagnostisch eine entzündliche Genese als möglich erscheinen; doch hätten diesbezügliche Laboruntersuchungen unter der aktuellen antiinflammatorischen Therapie keine richtungweisenden Anhaltspunkte ergeben. Die derzeit geklagten multifokalen Arthralgien und Myalgien mit generalisierter Schwäche liessen differentialdiagnostisch neben einer Somatisierung depressiver Verstimmungen auch Begleitphänomene des iatrogenen Cushing-Syndroms als möglich erscheinen. Das arbeitsmedizinisch relevante Problem aus rheumatologischer Sicht

bestehe in einer leicht verminderten Belastbarkeit des Achsenorgans für Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen sowie für Tätigkeiten in Zwangspositionen (längerdauernd rein sitzend, rein stehend, in vornübergebeugter Körperhaltung) oder im Überkopfbereich. In einer diesen Anforderungen entsprechenden leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht keine rentenrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der bisherigen Tätigkeit, welche anamnestisch als körperlich schwer belastend zu qualifizieren sei, sei primär aufgrund der eingetretenen Dekonditionierung und allgemeinen Schwäche im Rahmen des Cushing-Syndroms eine Arbeitsfähigkeit von etwa 30 % anzunehmen. In einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit erscheine dagegen ein Pensum von derzeit 70 % als zumutbar, wobei die Einschränkung von 30 % primär zur Durchführung von rehabilitativen Massnahmen zu nutzen sei. Die auf eine Haltungskorrektur und allgemeine Kräftigung gerichtete Physiotherapie sei fortzuführen und allenfalls zu intensivieren. Eine antidepressive Therapie könne geeignet sein, auch die seitens des Bewegungsapparates geklagten Symptome positiv zu beeinflussen.

Im psychosomatischen Fachgutachten des Dr. med. W. _____ vom 7. Mai 2002 wird unter der Voraussetzung, dass die von der Versicherten geltend gemachten Atemprobleme und die Begleitsymptome keine hinreichenden somatischen Grundlagen haben, eine somatoforme autonome Funktionsstörung des respiratorischen Systems (ICD-10 F45.33) diagnostiziert, wobei der Einnahme von salizylhaltigen Medikamenten eine auslösende Wirkung beigemessen wird. Zudem bestehe eine länger dauernde Niedergeschlagenheit, welche die Charakteristika einer rezidivierenden depressiven Störung nicht erfülle, weshalb eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) zu diagnostizieren sei. Aufgrund der psychosomatischen Diagnosen sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % auszugehen.

4.3 Aus dem Gesagten folgt, dass die gutachtliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in mehrfacher Hinsicht auf unklaren tatsächlichen Grundlagen beruht. Auszugehen ist davon, dass die Beschwerdeführerin in mittelschwerem bis schwerem Grad in der körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Die Ursachen der Beeinträchtigung bleiben indessen unklar. Nach Auffassung der Gutachter ist sie am ehesten auf eine Kombination von ausgeprägtem Trainingsmangel, fraglicher Leistungsmotivation sowie einer Nachwirkung der Steroid-Medikation zurückzuführen.

Bezüglich des Trainingsmangels wird bei der zusammenfassenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit allerdings festgestellt, bevor ein solcher angenommen werden könne, sollte eine kardiale Genese der Leistungsschwäche ausgeschlossen werden. Der mit einer Prüfung der Lungenfunktion beauftragte Pneumologe Dr. med. S. _____ hatte eine kardiale Limitation in Erwägung gezogen und die Vornahme einer Echokardiographie empfohlen. Die Gutachter schlossen sich dieser Auffassung an. Eine entsprechende Untersuchung unterblieb jedoch. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit steht damit sinngemäss unter dem Vorbehalt der Ergebnisse einer an sich angezeigten kardialen Untersuchung.

Eine pulmonale Ursache für die Leistungsschwäche konnte nicht gefunden werden. Es wurde indessen darauf hingewiesen, dass damit ein allergisch induziertes Asthma bronchiale nicht ausgeschlossen werde. Die Ärzte des Spitals Y._____, wo sich die Versicherte im Mai 1999 wegen akuter Atemnot aufhielt, hatten eine allergische Ursache der Beschwerden in Betracht gezogen und eine pneumologisch/allergische Abklärung empfohlen (Bericht vom 27. Mai 1999). Eine solche scheint in der Folge nicht durchgeführt worden zu sein.

Auch bei der rheumatologischen Untersuchung sind Fragen offen geblieben. Zum einen wurde differentialdiagnostisch eine entzündliche Systemerkrankung als möglich erachtet und es wurde festgestellt, dass die durchgeführten Laboruntersuchungen Grenzbefunde ergeben hätten, die durch ergänzende Untersuchungen zu verifizieren seien. Zum andern wird ausgeführt, dass die Steroid-Medikation zu einem erheblichen iatrogenen Cushing-Syndrom geführt habe, weshalb die Indikation zu dieser Therapie zu überprüfen sei. Diesbezüglich ist offen geblieben, ob die Steroid-Medikation abgesetzt werden kann und inwieweit davon eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Nicht abgeklärt ist des Weiteren, ob die Therapie zu Veränderungen an der Wirbelsäule (Osteoporose, Veränderungen der Wirbelkörper) geführt hat, welche für die bestehenden Beschwerden ursächlich sein können.

Weil hinsichtlich der somatischen Ursachen der geklagten Beschwerden keine Klarheit besteht, bleibt auch die im psychosomatischen Fachgutachten gestellte Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des respiratorischen Systems (ICD-10 F45.33) fraglich. Offen geblieben ist sodann, inwieweit die als Ursache der Leistungsschwäche in Betracht gezogene mangelnde Motivation allenfalls Folge der psychischen Beeinträchtigung ist. Nicht näher begründet wird schliesslich, weshalb die bei der Beschwerdeführerin aufgetretenen psychischen Beeinträchtigungen nicht als rezidivierende depressive Störungen (ICD-10 F33), sondern als Dysthymia (ICD-10 F34.1) zu diagnostizieren sind. Eine Auseinandersetzung mit der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes durch den behandelnden Psychiater Dr. med. B._____, welcher eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ab September 1999 bestätigt hat (Bericht vom 20. September 2001), fehlt.

Insgesamt bleibt damit fraglich, inwieweit die vorhandenen Beeinträchtigungen organischer oder psychischer Natur sind und inwieweit sie objektiv geeignet sind, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu beeinträchtigen. Offen ist des Weiteren, ob nicht zusätzliche somatische Befunde (kardiale Limitation, entzündliches Geschehen, Folgen der Steroid-Medikation) bestehen, welche die ärztlich festgestellte Leistungsschwäche zu erklären und zu einer andern Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu führen vermögen. Wird zusätzlich berücksichtigt, dass sowohl der behandelnde Arzt Dr. med. C._____, Allgemeine Medizin FMH, als auch die Pneumologin Frau Dr. med. A._____ vom Spital Y._____ in diagnostischer Hinsicht und bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu andern Ergebnissen gelangt sind (Berichte vom 27. August und 11. September 2001 sowie vom 4. November 2002 bzw. vom 8. November 2002) und sich die MEDAS-Ärzte damit nicht näher auseinandersetzen, kann auf das Gutachten vom 4. September 2002 nicht abschliessend abgestellt werden. Weil auch nach Auffassung der Gutachter zusätzliche Untersuchungen zur Abklärung der geltend gemachten Beschwerden erforderlich sind und letztlich unklar bleibt, inwieweit die bestehende Leistungsschwäche und die daraus folgende Arbeitsunfähigkeit eine objektivierbare somatische oder psychische Grundlage haben, bedarf es zusätzlicher Abklärungen. Die Sache ist daher an die Verwaltung zurückzuweisen, damit sie durch Einholung eines ergänzenden Gutachtens der MEDAS oder auf andere geeignete Weise den Sachverhalt näher abkläre und hierauf über den Leistungsanspruch neu verfüge. Zu einer Rückweisung an die Vorinstanz, wie sie die Beschwerdeführerin eventualiter beantragt, besteht kein Anlass, weil es nicht notwendigerweise eines Gerichtsgutachtens bedarf.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.

In teilweiser Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde werden der Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 27. November 2003 und die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Zürich vom 10. Dezember 2002 aufgehoben und es wird die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch neu verfüge.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die IV-Stelle des Kantons Zürich hat der Beschwerdeführerin für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4.

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wird über eine Parteientschädigung für das kantonale Verfahren entsprechend dem Ausgang des letztinstanzlichen Prozesses zu befinden haben.

5.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, dem Bundesamt für Sozialversicherung und der Ausgleichskasse des Kantons Zürich zugestellt.

Luzern, 13. Dezember 2004

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der IV. Kammer: Die Gerichtsschreiberin: