

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01053 vom 25. August 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-08-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2005.01053](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.01053)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01053 du 25 août 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01053 del 25 agosto 2006

## Erwägungen

### E. 2

Dagegen liess H. \_\_\_ am 14. September 2005 Beschwerde erheben und die Zusprechung einer ganzen Rente der Invalidenversicherung beantragen (Urk. 1). Nachdem die Beschwerdegegnerin am 25. November 2005 auf Abweisung der Beschwerde geschlossen hatte (Urk. 6), wurde der Schriftenwechsel am 1. Dezember 2005 geschlossen (Urk. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Ä Ä Ä Ä Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Sozialversicherungsbereich geändert worden. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da vorliegend streitig ist, ob im Zeitraum nach der abweisenden Rentenverfugung vom 21. Juni 2002 bis längstens zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 15. Juli 2005, welcher rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 129 V 4 Erw. 1.2), Anspruch auf eine Invalidenrente entstanden ist, beurteilt sich diese Frage, weil keine laufenden Leistungen im Sinne der Übergangsrechtlichen Ausnahmebestimmung des Art. 82 Abs. 1 ATSG, sondern Dauerleistungen im Streit stehen, über welche noch nicht rechtskräftig entschieden worden ist, für die Zeit bis 31. Dezember 2002 auf Grund der bisherigen Rechtsnormen und ab diesem Zeitpunkt nach den Normen des auf den 1. Januar 2003 in Kraft getretenen ATSG und dessen Ausführungsverordnungen (BGE 130 V 446 f. Erw. 1 mit Hinweis). Ab 1. Januar 2004 gilt es, die durch die 4. IV-Revision eingetretenen Änderungen zu berücksichtigen.

1.2 Ä Ä Ä Ä Zu präzisieren ist allerdings, dass das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG hinsichtlich der IV-rechtlichen Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Januar 2002 gültig gewesenen Normenlage gebracht hat. In BGE 131 V 343 (Erw. 3.1, 3.2) hat das Eidgenössische Versicherungsgericht insbesondere hinsichtlich der ATSG-Bestimmungen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7) und Invalidität (Art. 8) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller

Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchststrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor Inkraft-Treten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hiezu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann.

### E. 2.1

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

### E. 2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden konnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.3 Die Erwerbsunfähigkeit ist längere Zeit dauernd, wenn der sie auslösende Gesundheitsschaden eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens einem Jahr bewirkt und nach dieser Zeit weiterhin eine die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Behinderung zurücklässt. Gesundheitsschäden, welche nicht mindestens diese Auswirkungen haben, führen somit nicht zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG (seit 1. Januar 2003: in Verbindung mit Art. 8 ATSG) und gehören allenfalls in den Aufgabenbereich der Unfall- oder Krankenversicherung oder aber zum Risiko, das die Einzelperson zumutbarerweise zu tragen hat (BGE 102 V 166 mit Hinweisen).

2.4 Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit (seit 1. März 2004: oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes) der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der

Hilflosigkeit (seit 1. März 2004: oder die Höhe des Invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes) auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, respektive Art. 41 IVG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 Erw. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 Erw. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit 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 eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 75 Erw. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 Erw. 3a, 109 V 115 Erw. 2b).

### E. 2.5

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 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

### E. 3

3.1 Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch. Dieser hängt davon ab, ob sich der Invaliditätsgrad während des Zeitraums zwischen der Verfügung vom 21. Juni 2002 (Urk. 7/15) und dem angefochtenen Entscheid vom 15. Juli 2005 in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hat.

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 21. Juni 2002 ging die IV-Stelle davon aus, die Versicherte könne zwar nicht mehr in ihrer angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin, jedoch in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit (zum Beispiel Hilfsarbeiterin Montage oder Presse, ungelernt Federnkontrolle) zu 100 % tätig sein (Urk. 7/15). Diese Einschätzung stützte sie insbesondere (vgl. dazu Urk. 7/18) auf die Beurteilung des Hausarztes Dr. med. F. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, vom 25. Mai 2000 (Urk. 7/43) und den Schlussbericht der BEFAS vom 27. März 2001 (Beilage zu Urk. 7/40).

Dr. F. \_\_\_\_ diagnostizierte ein chronisches lumbovertebrales Syndrom bei lumbosacraler Übergangsstörung. Er hielt fest, dass die lumbalen Beschwerden weitgehend von der beruflichen Tätigkeit abhängig seien. Die jetzige Tätigkeit sei mit dem Heben von schweren Lasten verbunden, was jeweils zu Schmerzexacerbationen führe. In einer wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben von schweren Lasten erachtete Dr. F. \_\_\_\_ die Versicherte als zu 100 % arbeitsfähig.

Eine im G. \_\_\_\_ am 7. Dezember 2000 durchgeführte Computertomographie der Lendenwirbelsäule L2-S1 liess eine leichte breitbasige Protrusion des Diskus L4/5, ohne Kompression, und eine leichte rechts-betonte Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 erkennen (Urk. 7/45).

Die medizinische Beurteilung der BEFAS vom 27. März 2001 lautete dahingehend, dass ein belastungsabhängiges Lumbovertebralsyndrom bei bekannter lumbosacraler Übergangsstörung und degenerativen Veränderungen in diesem

Segment im Vordergrund stehe. Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik fänden sich keine. Berücksichtigt werden müsse bei der zukünftigen Tätigkeit auch das Asthma der Versicherten. Zur Arbeitsfähigkeit notierten die zuständigen Fachpersonen der BEFAS, die angestammte Tätigkeit sei längerfristig nicht mehr zumutbar. Unter Beachtung der aktuellen medizinischen Situation und bei Miteinbezug der Abklärungsergebnisse könne bei einer körperlichen und den Rücken nur leicht belastenden Tätigkeit ein zeitlich uneingeschränktes ganzjähriges Pensum, aktuell noch unter Zugestehen von gelegentlichen Entlastungspausen, absolviert werden (Urk. 7/40 S. 4 und 6).

Der Psychiater Dr. B., welchen die Versicherte vom 7. Juni bis 20. Juli 2001 für eine Gesprächstherapie aufgesucht hatte, verneinte in seinem Bericht vom 12. April 2002 das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose mit Krankheitswert. Als Befund erhob er eine Stimmung in Mittellage, rasch erregbar, doch lasse sich die Versicherte leicht beruhigen (Urk. 7/40).

### 3.3.1

3.3.1.1 In einem nach der Neuanmeldung eingereichten Schreiben vom 21. März 2003 hielt die Beschwerdeführerin fest, dass sich ihre Situation sehr verschlechtert habe. Sie besuche regelmässig ihre Ärzte, die Depression, der Rücken, die Arme, Beine und Knie hätten sich verschlechtert. Die Migräne sei unverändert und der Rücken sei öfters blockiert (Urk. 7/72).

3.3.2 Dr. med. I., Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersuchte die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 30. April, 9. Mai und 14. Mai 2003. Gemäss Dr. I. bestehen in mehreren Bereichen eine somatische Gesundheitsbeeinträchtigung. Aktenkundig und vorherrschend seien die Beschwerden von Seiten der LWS. Hinzu kämen ein Asthma bronchiale, eine rezidivierende allergische Dermatitis, Inkontinenz und anamnestisch eine Struma. Von der Medikation her seien ausserdem Magenbeschwerden und Migräne als gesichert anzusehen. Aus psychiatrischer Sicht sei angesichts dessen nicht unverstärkt, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Aufmerksamkeit auf die Beschwerden eingeschränkt sei. Zudem imponiere sie als wenig gereift und intellektuell wenig differenziert, mit geringen Ressourcen und nur einfachen Bewältigungsstrategien. Ihrer eigenen Schilderung nach sei sie in den letzten Jahren durch ihre somatischen Beeinträchtigungen zunehmend in eine depressive Verstimmung geraten. Seit zirka fünf Jahren bestände eine auffällige Vergesslichkeit, seit dreieinhalb Jahren sei alles schlimmer geworden; sie ziehe sich sozial zurück, sei nervös, reizbar, explosiv und rauche ein Mehrfaches. Die gezielte Nachfrage habe weitere Depressionssymptome zum Vorschein gebracht. Diese Depressionssymptomatik führe zu einer verstärkten Wahrnehmung der körperlichen Beeinträchtigungen, was sich zu einem Circulus vitiosus gestalte. Zusammengefasst handelt es sich gemäss Beurteilung von Dr. I. um eine emotionale und intellektuelle Mangelentwicklung, die unter somatischer und konsekutiv psychosozialer Belastung eine mittelgradige Depression entwickelt habe, welche als Anpassungsstörung im Sinne des ICD verstanden werde.

Seine Diagnose im Bericht vom 15. August 2003 lautet auf eine Anpassungsstörung mit Depression, Angst und Ängst (ICD-10: F43.23). Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist - gemäss Dr. I. - durch die

psychische Beeinträchtigung zusätzlich zur körperlich bedingten Einschränkung um zirka 50 % reduziert (Urk. 7/39).

3.3.3.1 Dr. med. J. \_\_\_\_, Spezialärztin FMH für Innere Medizin, behandelte die Beschwerdeführerin ab 20. Januar 2003. In ihrem Bericht vom 30. September 2003 erwähnte sie als von der Beschwerdeführerin angegebene Beschwerden ständig wechselnde Schmerzen im Rücken und den Extremitäten, starke Miktionsbeschwerden trotz Blasen Trainings, eine Depression anfänglich mit Suizidgedanken, welche sich seit der antidepressiven Therapie verbessert habe. Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind gemäss Dr. J. \_\_\_\_, das lumbospondylogene Schmerzsyndrom mit Verdacht auf Spondylarthrose L5/S1, Bogenschlussanomalie DD Spina Bifida L5/S1, und vermehrter Lendenlordose, eine Epicondylitis humeri ulnaris rechts, eine Depression und ein Verdacht auf eine Somatisierungsstörung bei allgemeinem Schmerzsyndrom. Keine Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit mass Dr. J. \_\_\_\_, dem Asthma bronchiale und dem Status nach Ulcus ventriculi sowie dem Status nach Nephrolithiasis bei. Eine konkrete Aussage zum Mass der Arbeitsfähigkeit findet sich in ihrem Bericht nicht (Beilage zu Urk. 7/37).

3.3.4.1 Die praktische Ärztin K. \_\_\_\_, behandelte die Beschwerdeführerin vom 4. März bis 20. Oktober 2003. Neben dem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom diagnostizierte sie eine Cervicobrachialgie (beides seit 15 Jahren) sowie eine seit Januar 2002 bestehende depressive Symptomatik. Dem Asthma bronchiale und der Inkontinenz mass auch K. \_\_\_\_, keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei. Zur Arbeitsfähigkeit notierte sie, dass die Beschwerdeführerin seit Juli 2001 bis auf Weiteres in ihrer angestammten Tätigkeit als Maschinenführerin zu 100 % eingeschränkt sei. An relevanten Befunden erwähnte K. \_\_\_\_, eine Druckdolenz über der unteren Halswirbelsäule (HWS), der ganzen LWS und der SWS, einen paravertebralen Hartspann beidseits der LWS, keine Sensibilitätsstörung, Druckdolenzen im Gelenkspalt medial und lateral in beiden Knien ohne Meniskuszeichen (Urk. 7/36).

3.3.5.1 Der Neurologe Dr. med. L. \_\_\_\_, betreute die Beschwerdeführerin gemäss seinem Bericht vom 19. Dezember 2003 seit dem 21. Mai 2003 gesprächstherapeutisch und verschrieb ihr Antidepressiva. Gemäss Dr. L. \_\_\_\_, leidet die Beschwerdeführerin seit 15 Jahren an einem chronischen Lumbovertebralsyndrom und einem Asthma bronchiale, seit über 2 Jahren an einer Migräne ohne Aura, seit 10 Jahren an zunehmend rezidivierenden und seit 2 Jahren an zunehmenden Parästhesien und Schwellungsgefühlen an den Fingern, seit Jahren an diffusen Schmerzen in verschiedenen Gelenken und seit kurzem an starken Knieschmerzen. Daneben habe sie aber vor allem psychische Beschwerden, bei welchen es sich gemäss Dr. L. \_\_\_\_, um eine langanhaltende und ausgeprägte Depression handelt. Die Beschwerdeführerin sei für jegliche Tätigkeit in der freien Wirtschaft zu über 70 % arbeitsunfähig und nicht mehr vermittelbar (Urk. 7/35).

3.3.6.1 Im Auftrag der Beschwerdegegnerin wurde die Beschwerdeführerin am 20. Dezember 2004 im D. \_\_\_\_, begutachtet. Der internistische Befund war unauffällig. Auch die neurologische Abklärung führte zum Ausschluss aktueller pathologischer Befunde. Anhand der Unterlagen sei jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass insbesondere belastungsabhängig ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen LWS-Veränderungen, lumbosakraler Übergangsstörung und Spina bifida bestehe. Wenn zum jetzigen Zeitpunkt keine entsprechenden Befunde

erhoben werden könnten, hänge dies mit der konsequenten Schonung zusammen. Neben den Rückenschmerzen beklage die Beschwerdeführerin ein multiples, faktisch ubiquitäres Beschwerdespektrum, für welches sich aus neurologischer Sicht keine konkreten klinischen Elemente ergäben. Die Organizität der Kopfschmerzen respektive die Wertigkeit derselben im Alltag werde relativiert durch das stark ausgedehnte Beschwerdespektrum, dessen Ursache seelischer oder anderweitiger Art sei, was im Übrigen auch für die geltend gemachten kognitiven Störungen wie Vergesslichkeit gelte. Ausserdem hätten sich multiple Anhaltspunkte für eine Verdeutlichungstendenz ergeben. Die neurologischen Diagnosen lauteten auf ein intermittierendes, insbesondere belastungsabhängiges lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen sowie lumbosakraler Übergangsstörung (Lumbalisation von S1) sowie Spina bifida und auf Spannungskopfschmerzen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der psychiatrischen Abklärung erwähnte die Beschwerdeführerin, sie leide seit 5 Jahren zunehmend unter Migräne mit bis zu 2-3maligen wöchentlichen Attacken, gegen welche die früheren Behandlungen mittels Akupunktur und Medikamenten mittlerweile nicht mehr nützen würden. Im Weiteren leide sie unter Rücken- und Knieschmerzen, Magenproblemen, sei dauernd nervös, reizbar und schlafe praktisch nicht. Der zuständige Psychiater Dr. M. \_\_\_ erkannte anlässlich seiner Fachuntersuchung einen leicht verminderten Antrieb, jedoch keine Anhaltspunkte für eine aktuelle Depression oder eine schwere Angsterkrankung. Die Stimmung der Beschwerdeführerin sei aktuell durchaus schwingungsfähig und adäquat den Inhalten des Besprochenen angepasst. Die Behandlung mit dem Antidepressivum Exefor müsse als effizient beurteilt werden. Sicherlich leide sie unter ihren Schmerzen und sei in ihrem gesamten Körpergefühl dadurch beeinträchtigt; sie zeige aber aktuell keine begleitende affektive Störung. Die Schlafprobleme, die Nervosität und die Gereiztheit seien sicherlich psychische Reaktionen im Zusammenhang mit der Schmerzproblematik und müssten im Sinne einer Anpassungsstörung mit Ärger, Sorgen, Anspannung und Nervosität in Verbindung gebracht werden. Die psychiatrische Diagnosestellung lautete auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.4) und einen Status nach depressiver Episode, erfolgreich therapiert (ICD-10: F32.0).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gestützt auf den multidisziplinären Konsensus lautete dahingehend, dass der Beschwerdeführerin körperlich eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5-10 kg und ohne Einnahme von Zwangshaltungen ganzjährig medizinisch-theoretisch zumutbar sei. Aus psychiatrischer Sicht sei einerseits eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren festzustellen, andererseits ein Status nach einer erfolgreich therapierten depressiven Episode. Aktuell liege mit Sicherheit keine affektive Störung im Sinne einer Depression vor. Aus den subjektiv empfundenen Schmerzen könne per se keine Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Der Beschwerdeführerin sei die Willensanstrengung zumutbar, einer ja bereits somatisch adaptierten Tätigkeit ohne zusätzliche Einschränkung nachzugehen. Die angegebenen Schlafprobleme, die Nervosität und Gereiztheit seien als psychische Reaktionen im Zusammenhang mit der Schmerzproblematik einzuordnen und müssten mit einer Anpassungsstörung mit Ärger, Sorgen und Anspannung in Verbindung gebracht werden. Diese zwar verständlichen Mechanismen hätten ebenfalls

keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zur Folge. Insgesamt präsentiert sich die Beschwerdeführerin mit einer ausgeprägten und verfestigten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung, ohne dass dies aus somatischer oder auch aus psychiatrischer Sicht nachvollzogen werden könnte (Urk. 7/33 insbesondere S. 22 f.).

3.3.7 Mit Schreiben vom 15. März 2005 bat Dr. L. um baldmöglichste stationäre Aufnahme der Beschwerdeführerin in das E., da sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin akut verschlechtert habe, und eine ambulante Behandlung nicht mehr möglich sei (Urk. 7/32). Gemäss Bericht des E. vom 18. Mai 2005 und der Beschwerde vom 14. September 2005 (Urk. 1 S. 4) wurde die Beschwerdeführerin vom 29. März bis 7. Juni 2005 stationär behandelt. Die zuständigen Ärzte diagnostizierten eine chronifizierte Depression mit massiven kognitiven Störungen und chronischer Suizidalität (ICD-10: F32.9) bestehend seit 3 Jahren und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bestehend seit 15 Jahren. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten sie das Asthma bronchiale, die seit 2 Jahren bestehende Migräne und den Verdacht auf Magenerkrankung an.

Die Beschwerdeführerin sei im Affekt deutlich niedergestimmt, weinerlich-ID., zeitweise affektinkontinent, klagsam und jammerig. Von der Suizidalität sei sie nicht sicher distanziert. Sowohl die bisherige als auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar (Urk. 7/31).

#### 3.4

3.4.1 Aus den nach der Neuanmeldung eingeholten medizinischen Berichten ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in Bezug auf die Beschwerden organisch nachweisbarer Genese im entscheidungsrelevanten Zeitraum (vgl. Erw. 3.1) nicht in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert haben.

Das körperlich im Vordergrund stehende chronische Lumbovertebralsyndrom hat sich gemäss Aktenlage nicht wesentlich verändert. Eine radikuläre Beteiligung konnte radiologisch weiterhin ausgeschlossen werden (vgl. Bericht der N., vom 29. Mai 2002, in der Beilage zu Urk. 7/36). Die Beschwerdeführerin selber bezeichnete die Rückenschmerzen anlässlich der Begutachtung im D. als seit 7 Jahren im aktuellen Ausmass bestehend (Urk. 7/33 S. 9). Sowohl das Asthma bronchiale als auch die allergische Dermatitis sowie die Epicondylitis humeri ulnaris rechts (vgl. dazu Urk. 7/39) finden sich bereits in den früheren Akten (Beilage zu Urk. 7/37 und Beilage zu Urk. 7/40 S. 3, Urk. 7/42). Hinweise auf eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes bezüglich dieser Beschwerden fehlen. Weitere, die Leistungsfähigkeit einschränkende, gesundheitliche Beeinträchtigungen körperlicher Natur sind den Akten nicht zu entnehmen. Für die diversen von der Beschwerdeführerin neu geltend gemachten Beschwerden in verschiedenen Gelenken, insbesondere den Knien, die Kopfschmerzen und Magenprobleme, Parästhesien und Schwellungsgefühle findet sich in keiner der medizinischen Unterlagen eine nachvollziehbare organische Erklärung.

3.4.2 So ist denn auch aufgrund der Parteivorbringen (vgl. insbesondere Urk. 1 S. 4 ff. und Urk. 2 S. 3) und der diesbezüglich erheblich abweichenden ärztlichen Berichte im Wesentlichen streitig und zu prüfen, ob sich der psychische Gesundheitszustand der

Beschwerdeführerin rentenrelevant verschlechtert hat.

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in diesem Zusammenhang auf den Standpunkt, dass die Versicherte gemäss Bericht des E.\_\_\_\_ offensichtlich ab 29. März 2005 wieder depressiv erkrankt sei. Aufgrund der Erkenntnisse im Gutachten des D.\_\_\_\_ sei davon auszugehen, dass es sich um eine rezidivierende depressive Erkrankung handle und auch diese Episode wieder effektiv behandelbar sei. Es liege somit ein labiles Krankheitsgeschehen vor. Nach erfolgter psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung sei wieder von einer Restitution des psychischen Störungsbildes und damit von dem gleichen medizinischen Sachverhalt wie zum Zeitpunkt der Begutachtung durch die Institution D.\_\_\_\_ auszugehen (Urk. 2 S. 3). Diesen Schluss stützte die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme ihres regionalen Ärztlichen Dienstes vom 13. Juni 2005 (Urk. 7/1 S. 2).

Dieser Argumentation kann bei der momentanen Aktenlage nicht zugestimmt werden. In Abweichung von der Beurteilung des D.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2005, gemäss welcher die Beschwerdeführerin lediglich unter einer erfolgreich therapierten depressiven Episode gemäss ICD-10: F32.0 gelitten habe und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei (Urk. 7/33), schloss Dr. I.\_\_\_\_ bereits in seinem Bericht vom 15. August 2003 auf eine mittelgradige Depression, welche er im Rahmen einer Anpassungsstörung mit Depression, Angst und Ängst (ICD-10: F43.23) interpretierte, und aufgrund welcher er eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bescheinigte (Urk. 7/39). Im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2005 findet sich gar die Diagnose einer seit 3 Jahren bestehenden chronifizierten Depression mit massiven kognitiven Störungen und chronischer Suizidalität, welche keine Arbeitstätigkeit mehr zulasse (Urk. 7/31).

Damit gehen sowohl Dr. I.\_\_\_\_ im Jahr 2003 als auch die zuständigen Ärzte des E.\_\_\_\_ im Mai 2005 in Abweichung vom D.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. Januar 2005 von einer psychischen Störung mit Krankheitswert, welche sich von einem lediglich depressiven Verstimmungszustand von zeitlich kurzer Dauer klar unterscheidet, aus. Dass sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenverfugung vom 21. Juni 2002, zu welchem Zeitpunkt Dr. B.\_\_\_\_ noch keine psychiatrische Diagnose gestellt hatte (Urk. 7/40), verschlechtert hat, ist angesichts dieser Aktenlage nicht in Frage zu stellen. Fraglich ist, welche Bedeutung der psychischen Störung der Beschwerdeführerin zukommt.

Diese Beurteilung fällt angesichts der ganz erheblich divergierenden Einschätzungen der in den Akten liegenden fachärztlichen Beurteilungen schwer. Ins Auge stechen dabei insbesondere die gänzlich abweichenden Beurteilungen des E.\_\_\_\_ und des D.\_\_\_\_, was umso mehr Fragen aufwirft, als die psychiatrische Abklärung im D.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2004 lediglich drei Monate vor der stationären Aufnahme der Beschwerdeführerin in das Psychiatrie-Zentrum X.\_\_\_\_ erfolgte.

In Bezug auf den Beweiswert des Gutachtens des D.\_\_\_\_ führt dies dazu, dass, auch wenn Dr. M.\_\_\_\_ anlässlich seiner Untersuchung keine eigentliche depressive Symptomatik feststellen konnte, sein Schluss, dass lediglich ein Status nach depressiver Episode, welche erfolgreich mit Exefor behandelt worden sei, vorliege, im Kontext mit den übrigen medizinischen Berichten als zweifelhaft erscheint. Dies folgt einerseits aus dem Umstand, dass das E.\_\_\_\_, wo sich die Beschwerdeführerin immerhin

mehrere Wochen stationär behandeln liess, wenige Monate später die Lage gänzlich anders einschätzte. Andererseits deckt sich die Beurteilung des D. \_\_\_ auch nicht mit den übrigen ärztlichen Einschätzungen von Dr. L. \_\_\_, Dr. K. \_\_\_, Dr. J. \_\_\_ und Dr. I. \_\_\_ (Urk. 7/35-37, 7/39), was insbesondere auch für die von Dr. M. \_\_\_ erwähnte Krankheitsfixierung und die angeblich fehlende Motivation zur Schadensminderung gilt, welche in den übrigen ärztlichen Berichten keinen Niederschlag gefunden hat. Sehr fraglich und nicht überzeugend erscheint die Argumentation, dass die Serumspiegelkontrollen - deren Befunde dem Gutachten im übrigen nicht zu entnehmen sind - gezeigt hätten, dass die Beschwerdeführerin die als eingenommen angegebenen Antidepressiva Tolvon und Efexor nicht zu sich genommen habe, womit sie indirekt bestätigt habe, dass sie selber von keiner bestehenden Depression mehr ausgehe (Urk. 7/33 S. 24).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zweifel an der Beweiskraft kommen jedoch auch bei der Würdigung des Berichtes des E. \_\_\_ vom 18. Mai 2005 auf (Urk. 7/31). Einerseits ist der Bericht angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin sich über zwei Monate stationär in dieser Institution behandeln liess, vor allem in Bezug auf die erhobenen Befunde sehr kurz und gibt keine Auskunft über die zur Verfügung gestandenen medizinischen Unterlagen. Andererseits scheint er sich insbesondere in Bezug auf die Diagnosestellung und die Dauer der jeweiligen Beschwerden auffallend an den Bericht von Dr. L. \_\_\_ vom 19. Dezember 2003 (Urk. 7/35) anzulehnen. Dr. L. \_\_\_ aber ist als Facharzt für Neurologie für eine psychiatrische Diagnosestellung, auch wenn er die Beschwerdeführerin offensichtlich während längerer Zeit gesprächstherapeutisch begleitet hat, nicht berufen. Des Weiteren ergeben sich Zweifel an der Vollständigkeit der Diagnosestellung im Bericht des E. \_\_\_, wird doch darin zur nicht nur im Gutachten des D. \_\_\_ erwähnten psychosomatischen Problematik keinerlei Stellung genommen (vgl. auch Bericht von Dr. J. \_\_\_ vom 30. September 2003 mit der Diagnose eines Verdachts auf Somatisierungsstörung bei allgemeinem Schmerzsyndrom, Beilage zu Urk. 7/37). Auch findet sich keine Auseinandersetzung mit der Frage, ob und inwiefern allenfalls bei geeigneter therapeutischer Begleitung von der Beschwerdeführerin willensmässig erwartet werden kann zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 Erw. 5a mit Hinweisen). Dieser Mangel haftet auch der Beurteilung von Dr. I. \_\_\_ vom 15. August 2003 an, welche im übrigen - zum Teil wohl wegen unvollständiger Dokumentation mit den medizinischen Vorakten - wesentlich auf den Schilderungen der Beschwerdeführerin basiert.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nichts desto trotz ist aufgrund der medizinischen Akten nicht auszuschliessen, dass sich die depressive Störung der Beschwerdeführerin, denkbar auch im Zusammenhang mit einer psychosomatischen Komponente, zumindest seit April 2003 verschlechtert hat. Gestützt auf die in den Akten liegenden fachärztlichen Unterlagen lässt sich jedoch nicht abschliessend beurteilen, ob und ab welchem Zeitpunkt sich eine verselbständigte psychische Störung im Sinne einer chronifizierten Depression herausgebildet hat, welche von bloss depressiven Verstimmungszuständen zu unterscheiden ist, und zu welcher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dieselbe geführt hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In diesem Punkt drängt sich eine ergänzende medizinische Beurteilung auf. Die Sache ist daher an die Verwaltung zurückzuweisen, damit diese eine ergänzende psychiatrische Begutachtung in einer im Verfahren bis anhin nicht beteiligten

Institution veranlasst, welche klärt, ob und ab wann die Beschwerdeführerin an einer psychischen Störung von Krankheitswert leidet, und diesfalls, ob und in welchem Umfang, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von ihr trotz des Leidens willensmäßig erwartet werden kann zu arbeiten. Dabei wird das Augenmerk auch auf die im Gutachten des D.\_\_\_\_ diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung zu richten sein. Je nach Ausgang der Abklärung wird unter Berücksichtigung der von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien zur ausnahmsweisen Invalidisierung einer solchen, insbesondere bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität (BGE 130 V 358 Erw. 3.3.1), eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch dieses Krankheitsbild zu berücksichtigen sein. Den sprachlichen Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin ist bei der Begutachtung angemessen Rechnung zu tragen.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfürgung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Unter Berücksichtigung der dargelegten Kriterien und dem gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 15. Juli 2005 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und hernach neu über den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente verfüge.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

#### **E. 4**

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Christoph Häberli
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

