

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01509 vom 28. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01509

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01509 du 28 juillet 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01509 del 28 luglio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 2. November 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

1.2 Massgebende rechtliche Bestimmungen wie namentlich betreffend den Rentenanspruch (Art. 28 IVG) und die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG) sind in der angefochtenen Verfügung zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann, mit der nachstehenden Ergänzung, verwiesen werden.

1.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur

Zeit der streitigen Revisionsverfahrung respektive des Einspracheentscheides (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C_562/2000, Erw. 2.1 mit Hinweis).

E. 2

2.1  Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht gegeben sei (Urk. 2 S. 1 unten). In den aktuellen medizinischen Berichten würden die gleichen, schon beim Erstentscheid vorhandenen Befunde angefahrt und in einem Fall sogar ausdrücklich der Zustand als stationär bezeichnet (Urk. 2 S. 1 f.).

2.2  Dagegen wandte die Beschwerdefährerin ein, die - von ihr einzeln genannten - Ärzte hätten bestätigt, dass sie maximal 30 % arbeitsfähig sein könne. Ausserdem sei sie bereits 61-jährig, kleingewachsen und habe bisher nur schwere körperliche Arbeit ausgefahrt (Urk. 1 S. 2 Mitte).

2.3  Strittig und zu prafen ist somit, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdefährerin im Vergleich zum Sachverhalt, welcher dem Entscheid vom 7. Januar 2005 zugrunde lag, in relevanter Weise verschlechtert hat.

E. 3

3.1  Dr. med. B.____, Arzt für Allgemeine Medizin, diagnostizierte am 19. Juli 2000 in seinem Bericht zuhanden der IV-Stelle ein chronisches Panvertebralsyndrom im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung und eine Depression. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf beziehungsweise Tätigkeitsbereich hielt er in seinem Bericht lediglich fest, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 19. April 1999 bis auf weiteres bestehe. Eine Begründung hierzu, welche eine abschliessende Beurteilung zuliesse, enthielt der Bericht allerdings nicht. Dr. B.____ empfahl vielmehr, die Beschwerdefährerin psychiatrisch, eventuell auch rheumatologisch, zu begutachten (Urk. 9/4/1-2 Ziff. 1.5, Ziff. 3 und Ziff. 4.3).

3.2  Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Universitätsspital E.____ (E.____), welche die Beschwerdefährerin am 17. August 1999 auf Zuweisung von Dr. B.____ untersucht und darüber am 23. August 1999 berichtet hatten (Urk. 9/4/3-4), diagnostizierten eine somatoforme Schmerzstörung, ein chronisches Panvertebralsyndrom, eine Osteochondrose L5/S1 sowie eine Wirbelsaulenfehlhaltung / muskuläre Dysbalance und eine Adipositas. Aufgrund der Anamnese, der Befunde sowie auch des Verhaltens während der Untersuchung stehe die somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund. Die anlasslich der MR-Untersuchung festgestellten degenerativen Veränderungen mit Osteochondrose L5/S1 könnten zwar zu leicht lokalen, eventuell spondylogenen Beschwerden fahren, jedoch das aktuelle Zustandsbild der Beschwerdefährerin nicht erklären. Die übrigen pathologischen Befunde der Wirbelsaulenfehlhaltung und die Hyposensibilitat könnten aufgrund der überwiegenden funktionellen Überlagerung nicht beurteilt werden. Ziel jeglicher therapeutischer Massnahmen sei in dieser Situation primär eine Verbesserung der Schmerztoleranz. Eine zunehmende körperliche

Aktivität im Sinne eines strukturierten Tagesablaufes sei als weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Situation anzustreben, was durch eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit gefördert würde. Empfohlen wurde eine weitere Steigerung der schmerzmodulierenden, antidepressiven Therapie. Bezüglich Physiotherapie könne gegebenenfalls ein aktivierendes allgemeines Ausdauertraining durchgeführt werden. Betreffend die Arbeitstätigkeit hielten sie fest, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht aktuell in ihrer Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei. Im Verlauf sei die Arbeitstätigkeit steigerbar innerhalb von drei Monaten auf 100 %. Die Beschwerdeführerin habe derzeit eine wechselnde Tätigkeit, zwei Stunden im Stehen, eine Stunde im Sitzen, aus. Dies entspreche einer körperlich leichten Arbeit; schwere Gewichte müsse sie nicht heben; sie sei jedoch kalteexponiert.

3.3 Am 17. Oktober 2001 erstattete Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, Medizinisches Zentrum G.____ (G.____), ein Gutachten (Urk. 9/9/3-16), welches auf Aktenstudium, persönlicher Begutachtung sowie konsiliarischen Untersuchungen durch Dr. med. H.____, FMH Physikalische Medizin (S. 6 ff., Ziff. 3.3.1), und Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (S. 8 ff., Ziff. 3.5.2) beruhte. Er diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine leichte bis mittelgradige depressive Entwicklung bei Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt sowie eine Segmentdegeneration L5/S1 (S. 11 Ziff. 4).

Die von der Beschwerdeführerin beklagten diffusen weichteilrheumatischen Schmerzen seien auf kein strukturelles Korrelat zurückzuführen und auf Grund der gemachten Beobachtungen auch nicht als eigentliches rheumatologisches Krankheitsbild einzustufen. Die einzige strukturelle Pathologie, radiologisch nachgewiesen im Segment L5/S1, erkläre das aktuelle Zustandsbild der Beschwerdeführerin in keiner Art und Weise und sei höchstens für sehr schwere Tätigkeiten mit Heben von Gewichten über 10 kg von Bedeutung. Für die Haupttätigkeit, Zerteilen von Bananenstauden und Etikettieren derselben, bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitstätigkeit (S. 8).

Einzig die in psychiatrischer Hinsicht feststellbare leichte bis mittelgradige depressive Entwicklung, im Rahmen einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und Angst gemischt, schränke die Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin zu rund 40 % ein. Dies entspreche einem medizinisch-theoretischen Wert. In der Praxis sei die umsetzbare Restarbeitstätigkeit sicherlich noch zusätzlich vermindert, dies aber durch IV-fremde Faktoren wie soziokulturelle Prägung, intellektuellen Bildungsstand, wirtschaftlicher Situation und Arbeitsmarktbedingungen. Wie bereits von der Rheumaklinik des E.____ vorgeschlagen, sollte bei der Beschwerdeführerin dringend auf eine Etablierung einer strukturellen hausexternen Tagesstruktur geachtet werden, vorzugsweise in einer Therapie in der psychiatrischen Tagesklinik der ambulanten sozialpsychiatrischen Dienste. Dort könne auch eine Optimierung der antidepressiven Therapie vorgenommen werden und eine kognitive Therapie zur besseren Schmerztoleranz und flexibleren, mehr eigenverantwortlichen Alltagsbewältigung stattfinden (S. 10 Ziff. 3.5.2).

3.4 Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 6. November 2002 wurde festgehalten, dass aufgrund des nachvollziehbar begründeten, in Kenntnis der Vorakten abgegebenen, umfassenden polydisziplinären Gutachtens des G.____ davon ausgegangen werden könne, dass die Beschwerdeführerin einzig aus psychiatrischer Sicht sowohl in ihrer

zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gemüsepackerin als auch in einer anderen, wechselnd belastenden Tätigkeit, beispielsweise in einer Fabrik, seit dem 19. April 1999 zu 40 % arbeitsunfähig sei. Aufgrund der Tatsache, dass Dr. B. eine spezialärztliche Abklärung empfohlen habe, sei auch dessen Beurteilung, die Beschwerdeführerin sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig, relativierend zu betrachten (Urk. 9/27 S. 7 Erw. 4b).

E. 4

4.1 Dr. med. J., FMH Physikalische Medizin, äusserte sich am 24. Februar 2003 zuhanden des Vertreters der Beschwerdeführerin (Urk. 9/32). Sie diagnostizierte ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei fortgeschrittener Osteochondrose L5/S1, ein chronisches Panvertebralsyndrom bei skoliotischer Fehlhaltung der Wirbelsäule und ventraler Spondylose der Brustwirbelsäule, ein chronisches Fibromyalgiesyndrom sowie eine schwere depressive Entwicklung. Es handle sich um generalisierte Muskelschmerzen mit Betonung des Rückens im Rahmen eines Fibromyalgie-Syndroms. Nebenbei beständen bewegungs- und belastungsabhängige Rückenschmerzen mit lumbaler Betonung bei radiologisch verifizierten, fortgeschrittenen Osteochondrosen der lumbosakralen Bandscheibe sowie eine ventrale Spondylose der Brustwirbelsäule, die ihre Schmerzen erklärten. Aspektmässig sei die Beschwerdeführerin verängstigt, weinerlich und leidend und mache einen sehr depressiven Eindruck, wobei sie seit Jahren unter psychiatrischer Betreuung stehe. Aufgrund des psychischen Zustandes, aber auch aufgrund des Fibromyalgie-Syndroms sei die Beschwerdeführerin nicht vermittlungsfähig und nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig. Die Erhaltung des Invaliditätsgrades auf 70 % sei sicher angebracht (Urk. 9/32).

In ihrem Verlaufsbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 10. November 2003 wiederholte Dr. J. diese Ausführungen (Urk. 9/34).

4.2 Dr. B. nannte am 26. März 2003 als Diagnosen ebenfalls ein schweres Fibromyalgie-Syndrom, eine depressive Entwicklung sowie ein chronisches lumbo- und panvertebrales Syndrom bei skoliotischer Fehlhaltung der Wirbelsäule. Die Beschwerdeführerin stehe seit 1999 in seiner Behandlung, ohne dass sich ihr Gesundheitszustand verbessert hätte. In Anbetracht des Gesamtbildes der psychischen und körperlichen Beschwerden könne er die volle Arbeitsunfähigkeit bestätigen (Urk. 9/50/11).

4.3 Dr. med. K., Psychiatrie/Psychotherapie, reichte im Rahmen eines Revisionsverfahrens am 19. Oktober 2004 einen Bericht ein (Urk. 9/43). Darin diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Stimmung mit somatischen Symptomen (F33.11) auf dem Boden einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (Ängstlich-histrionische Persönlichkeit, ICD-10: F60.6 und F60.4), ein Fibromyalgie-Syndrom sowie ein chronifiziertes panvertebrales Syndrom bei bekannter Wirbelsäulenänderung (lit. A). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % seit 29. April 2002 bis auf Weiteres (lit. B). Er berichtete, die etwas vorgealtert und mädchenaussiehende Beschwerdeführerin wirke schon beim ersten Blick depressiv und ängstlich. Sie klage über intensive Schmerzen. Dadurch sei sie verzweifelt geworden und denke häufig an Selbstmord. Ihrem Mann gegenüber habe sie grosse Schuldgefühle. Sie sei lust- und interesselos geworden und habe sich von der Umgebung ganz zurückgezogen. Konkrete Suizidgedanken habe sie jedoch nicht

gehabt (lit. D. 3).

Da ein depressiver Zustand mit intensiven Ängsten, psychomotorischer Unruhe und Störung der kognitiven Funktionen habe festgestellt werden können, sei ihr eine Therapie mit Antidepressiva und Anxiolytika sowie psychotherapeutischen Gesprächen verordnet worden. Es sei dadurch zu keiner Besserung gekommen, die Beschwerden hätten sich sogar verstärkt; sie wirke noch depressiver und ängstlicher, leide unter Schlaflosigkeit, andauernden Schmerzen und fühle sich ständig müde. Es handle sich um ein psychisches Leiden mit Krankheitswert. Der Zustand habe sich chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen. Aus psychiatrischer Sicht halte er sie zumindest zu 75 % arbeitsunfähig. Auch den Rest ihrer Arbeitsfähigkeit könne sie wegen ihrer Beschwerden nicht in einem normalen Betrieb, sondern nur in einem geschätzten Rahmen verwerten. Die Prognose sei ungünstig. Die Beschwerden dauerten schon lange und das Krankheitsbild spreche für eine agitierte Depression, die auf dem Boden einer einfach strukturierten und ängstlich-histrionischen Persönlichkeit entstanden sei. Deswegen sei in Zukunft auch keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (Urk. 9/43/3 oben).

4.4 Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 13. April 2006 wurde geprüft, ob aufgrund der Berichte von Dr. J., Dr. B. und Dr. K. eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei. Die Einschätzung durch Dr. J. betreffend wurde auf das Urteil des EVG vom 25. März 2003 (Urk. 9/31 S. 3 f.) verwiesen, wonach Dr. J. lediglich eine andere Würdigung des medizinischen Sachverhalts als das G. vornehme, aber keine neuen Elemente tatsächlicher Natur vorbringe (Urk. 9/54 S. 7 Mitte). Weiter wurde festgehalten (Urk. 9/54 S. 7 f.):

Dies trifft auch auf Dr. B. und Dr. K. zu. Bei gleichen Diagnosen wie im G.-Gutachten aufgeführt, handelt es sich bei deren Beurteilung lediglich um eine andere Würdigung desselben medizinischen Sachverhalts, denn das Fibromyalgie-Syndrom wurde vom G. Gutachten als diffuses weichteilrheumatisches Syndrom ebenfalls berücksichtigt (Urk. 8/24 S. 11 Ziff. 4). Bei Dr. B. ist sodann anzuführen, dass dieser nicht zwischen der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer leidensangepassten Tätigkeit unterscheidet und zudem das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (...). Was den von Dr. J. postulierten Invaliditätsgrad von 70 % anbelangt (...) ist sodann festzuhalten, dass es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (...), die Bemessung des Invaliditätsgrades jedoch der Verwaltung (und im Beschwerdefall dem Gericht) obliegt. Zudem stellte Dr. J. überwiegend auf die subjektiven Schilderungen der Beschwerdeführerin ab, denen im Rahmen der Beweiswürdigung keine Beweiskraft zukommt. Dr. K. schliesslich ist als Psychiater nur ungenügend in der Lage, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht zu beurteilen, und aus seinem Bericht geht nicht in nachvollziehbarer Weise hervor, weshalb lediglich eine 25%ige Arbeitsfähigkeit bestehen soll, die nur in einem geschätzten Rahmen verwertet werden könne. Es erscheint vielmehr wahrscheinlicher, dass Dr. K. auch invaliditätsfremde Faktoren berücksichtigt hat, nachdem er unter anderem auch angab,

die bescheidene Intelligenz sei unter anderem für die mangelhafte Anpassungsfähigkeit und die verminderte Belastbarkeit verantwortlich (...). Schliesslich wiesen bereits die G.____-Gutachter darauf hin, die Arbeitsunfähigkeit von 40 % entspreche einem medizinisch theoretischen Wert und die umsetzbare Restarbeitsfähigkeit sei sicherlich noch zusätzlich vermindert durch IV-fremde Faktoren wie soziokulturelle Prägung, intellektuellen Bildungsstand, wirtschaftliche Situation und die Arbeitsmarktbedingungen. Solche invaliditätsfremde Faktoren haben jedoch bei der Invaliditätsbemessung ausser Acht zu bleiben (...).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dies führte zur zusammenfassenden Feststellung, dass bei der Beschwerdeführerin keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei, sondern es sich vielmehr bei den neueren medizinischen Beurteilungen um eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten unerhebliche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts handle, weshalb es bei der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Viertelsrente habe, sein Bewenden haben müsse (Urk. 9/54 S. 8 unten).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Ein von Dr. B.____ am 15. Januar 2007 ausgestelltes Zeugnis (Urk. 9/58) ist weitgehend deckungsgleich wie das von ihm am 26. März 2003 ausgestellte (Urk. 9/50/11): Die genannten Diagnosen stimmen wörtlich überein, ebenso die Bestätigung einer geringen Arbeitsunfähigkeit und das Fehlen einer inhaltlichen Begründung. 2003 hiess es, die Behandlung dauere seit 1999, ohne dass der Zustand sich verbessert hätte, 2007 hiess es, der Zustand habe sich seit 1999 verschlechtert. 2007 wurde nebst Dr. J.____ zusätzlich auch noch Dr. K.____ erwähnt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 2. März 2007 an die Beschwerdegegnerin wiederholte Dr. B.____ die genannten Diagnosen und seine übrigen Ausführungen (Urk. 9/61).

5.2 Ä Ä Ä Ä Dr. J.____ berichtete der Beschwerdegegnerin am 29. Januar 2007 (Urk. 9/60). Die gestellten Diagnosen (lit. A) entsprachen wörtlich den im Bericht vom 10. November 2003 (Urk. 9/34 Ziff. 2) genannten, ausser dass statt von einer schweren depressiven Entwicklung nunmehr von einem schweren depressiven Zustand gesprochen wurde. Betreffend Arbeitsunfähigkeit vermerkte Dr. J.____ «wurde nicht bestimmt» (lit. B). Ausdrücklich hielt sie fest, die gesamte Situation der Beschwerdeführerin habe sich gegenüber den Voruntersuchungen nicht verändert (lit. D.7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einem Zeugnis vom 5. März 2007 nannte Dr. J.____ die gleichen Diagnosen und führte aus, es handle sich bei der Beschwerdeführerin um chronifizierte Rückenschmerzen mit sekundärer Generalisierung im Rahmen eines bis jetzt therapieresistent gebliebenen Fibromyalgiesyndroms. Nebenbei bestehe auch eine Psychosomatisierung mit diversen und komplexen Beschwerden wie Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Atemnot, aber auch die Mobilität scheine unter Belastung eingeschränkt zu sein. Für längere Distanzen benötige die Beschwerdeführerin neuerdings auch Stockhilfe. Ihre verwertbare Arbeitsfähigkeit für die freie Marktwirtschaft bleibe bis maximal 30 % (Urk. 9/63).

5.3 Ä Ä Ä Ä Dr. K.____ erstatte seinen Bericht an die Beschwerdegegnerin am 15. August 2007 (Urk. 9/67). Er diagnostizierte eine mittel- bis schwergradige rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F32.11, F33.2) mit somatischen Symptomen auf dem Boden

einer kombinierten (Ängstlichen, F60.6 / histrionischen, F60.4) Persönlichkeitsstörung sowie (wie bereits im Bericht vom 19. Oktober 2004; Urk. 9/34) ein Fibromyalgie-Syndrom und ein chronifiziertes panvertebrales Syndrom bei bekannter Wirbelsäulenänderung (lit. A).

Wie bereits in seinem Bericht vom 19. Oktober 2004 (Urk. 9/34) attestierte Dr. K. eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % seit 29. April 2002, sowie eine solche von 100 % ab Januar 2006 (lit. B).

Bei den angegebenen Befunden (lit. D.5) äusserte sich Dr. K. weitestgehend so, wie er dies bereits im Bericht vom 19. Oktober 2004 getan hatte. Sodann ergänzte er, trotz der durchgeführten Therapie sei es allmählich zu einer Verschlechterung des Zustandes gekommen. Die Depression habe sich vertieft, die Ängste intensiviert und die körperlichen Symptome auch verstärkt. Das Verhalten der Beschwerdeführerin sei regressiver geworden, so dass seit Anfang 2006 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe (Urk. 9/67/3 oben).

Gemäss Bericht vom 7. Oktober 2008 der Klinik für Unfallchirurgie des E. stuzte die Beschwerdeführerin am 6. Oktober 2008 bei einem Ferienaufenthalt in ihrem Heimatland auf ihr rechtes Handgelenk und zog sich eine Radiusfraktur zu (Urk. 12). Gemäss Bericht vom 27. Oktober 2008 wurde diese am 21. Oktober 2008 operiert (Urk. 14).

E. 6

Wiederum ist zu prüfen, ob gestützt auf die neueren medizinischen Berichte eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands als überwiegend wahrscheinlich erstellt zu erachten ist.

Betreffend das Zeugnis und den Bericht von Dr. B. ist dies klar zu verneinen, machte er doch 2003 und 2007 bis auf unbedeutende Nuancen identische Angaben.

Auch die Angaben von Dr. J. weisen keine Verschlechterung aus. Im Gegenteil, Dr. J. bestätigte sogar ausdrücklich, dass sich die gesamte Situation der Beschwerdeführerin gegenüber den Voruntersuchungen nicht geändert habe.

Dr. K. schliesslich nannte 2007 weitgehend die gleichen Diagnosen wie schon 2004; einzig bezogen auf die depressive Störung postulierte er, diese sei nunmehr mittel- bis schwergradig. Diese Einschätzung begründete er jedoch nicht in nachvollziehbarer Weise. Zwar versah er die von ihm gestellten Diagnosen mit ICD-10-Codes. Umso auffälliger ist aber, dass er betreffend den Schweregrad der Depression gerade keinen Bezug auf die Kriterien nahm, welche gemäss ICD-10 zu verwenden sind, um zwischen leichten, mittelgradigen und schweren depressiven Episoden zu unterscheiden. Dementsprechend sind seine Ausführungen nicht als objektivierte, neutrale Einschätzung zu werden, sondern erscheinen vielmehr geprägt von der aufgrund der durch die lang andauernde, wenn auch erfolglose, Behandlung entstandenen Vertrauensposition. Analoges gilt auch für seine Angaben zur Arbeitsunfähigkeit, die er schon 2004 ohne entsprechende nachvollziehbare Begründung deutlich höher veranschlagte als das, was auch nach damaliger gerichtlicher Beurteilung gerechtfertigt war.

6.4. Schliesslich vermögen die nachgereichten Arztberichte (Urk. 12, Urk. 14) nichts zur Klärung der hier zu entscheidenden Frage beizutragen. Sie betreffen eine im Oktober 2008 erlittene Radiusfraktur, mithin einen (neuen) Sachverhalt weit ausserhalb des vorliegend zu beurteilenden, durch den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (November 2007) begrenzten Zeitraums. Soweit die genannte Fraktur eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bewirkt haben sollte, wäre diese auf den Weg der erneuten Anmeldung zu verweisen.

6.5. Bezogen auf den medizinischen Sachverhalt ergibt sich somit zusammengefasst, dass eine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands im Vergleich zu den im Januar 2005 massgebenden Verhältnissen nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt ist.

Die angefochtene Verfügung ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

7. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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