

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00201 vom 19. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00201

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00201 du 19 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00201 del 19 settembre 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Die Verfassungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, d.h. eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinander setzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b).

3.2 Die Beschwerdeführerin bringt vor, auf ihre verschiedenen Einwendungen zur Haushaltabklärung, zur Unterscheidung Rheumatologe-Orthopäde, zur Einschätzung von med. pract. E. ____, zu den erweiterten Diagnosen von Dr. C. ____, zu der vom Gutachten abweichenden Einschätzung von Dr. Z. ____, und zur Aktenführung schweige sich die Verfassung aus (Urk. 1 S. 20).

Es trifft zu, dass die Verfassung vom 25. Januar 2010 nur auf die auf den Vorbescheid vom 3. November 2008 erfolgten Einwände der Beschwerdeführerin vom 12. Januar 2009 ausdrücklich Bezug nimmt (Urk. 2 S. 2). Zu beachten ist jedoch, dass die IV-Stelle auf die von der Versicherten nach Erlass des Vorbescheids erhobenen Einwände vom 12. Januar 2009 mit ergänzenden Sachverhaltsabklärungen reagierte. Die Versicherte erhielt in der Folge Gelegenheit, sich zu diesen zusätzlichen Abklärungen zu äussern. Die daraufhin erfolgten weiteren Einwände veranlassten die IV-Stelle, ergänzende Stellungnahmen der RAD-Ärzte einzuholen. Auch diese wurden der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht und auch dazu konnte sie sich vernehmen lassen (vgl. Sachverhalt E. 1). Insgesamt kann damit trotz fehlender weitergehender Ausführungen in der Verfassung selbst nicht angenommen werden, die Überlegungen, von denen sich die Beschwerdegegnerin leiten liess, seien der Beschwerdeführerin nicht bekannt und eine sachgerechte Anfechtung des Entscheids sei für sie nicht möglich gewesen. Von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs durch den angefochtenen Entscheid ist nicht auszugehen.

3.3. Im Weiteren ist davon auszugehen, dass die Versicherte in alle der Beschwerdegegnerin vorliegenden Akten Einblick hatte (vgl. Urk. 8/1-88, Urk. 11 und Urk. 12). Auch insoweit kann nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs gesprochen werden (vgl. Urk. 1 S. 10).

E. 4

4.1. Dr. med. H. ____, Spezialarzt FMH für Rheumatologie und Physikalische Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 26. Mai 2006 (Urk. 8/11/18):

- Periarthropathia humeroscapularis links bei Impingement
- Epicondylitis humeri radialis links bei beruflicher Belastung
- chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits bei
- Verdacht auf degenerative Veränderungen, DD: Instabilität
- Dysstatik bei Adipositas
- generalisierte Allodynie bei rezidivierender Depression mit somatoformer Schmerzstörung.

Er habe keine Arbeitsunfähigkeit attestiert und der Versicherten empfohlen, die aktuelle Tätigkeit dringendst im gleichen Masse weiterzuführen, dies vor allem auch aus therapeutischer Sicht. Bei einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit oder gar Invalidität sei eine Exazerbation der Depression zu befürchten (Urk. 8/11/19).

4.2. Die Ärzte des Kantonsspitals M. ____, hielten im Bericht vom 5. Februar 2007 (Urk. 8/11/14-17) fest, die Zuweisung sei zur Beurteilung und Therapie bei linksseitigen Schultergürtelschmerzen und Verdacht auf ein Carpaltunnelsyndrom links erfolgt. In der klinischen Untersuchung habe sich eine diffuse Schwellung im Bereich multipler Gelenke, symmetrisch verteilt und mit lokaler Druckdolenz gezeigt. Ferner habe sich eine nicht radikulär anmutende Hyposensibilität im Bereich des linken Armes und des linken Beines gezeigt (Urk. 8/11/16). Differentialdiagnostisch sei an eine Spondarthropathie oder auch an eine rheumatoide Arthritis gedacht worden. Bei einer bestehenden psychischen Erkrankung wäre auch diesbezüglich ein Einfluss auf die Beschwerden oder eine Symptomausweitung möglich. Die durchgeführten radiologischen und laborchemischen Untersuchungen hätten keine wegweisenden Befunde ergeben (Urk. 8/11/16). Neben symmetrischen Polyarthralgien an den oberen und unteren Extremitäten diagnostizierten die Ärzte unter anderem ein linksbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom bei fraglicher Spondylolyse L5/S1 links, bei kleiner breitbasiger mediolateral links gelegener Diskushernie auf Höhe C6/7 und bei einem Status nach erfolgloser periradikularer Therapie (Urk. 8/11/14).

Nach den Angaben vom 14. März 2007 brachte auch die weitere physiotherapeutische Behandlung im Rahmen der Medizinischen Trainingstherapie keinerlei Verbesserung. Die Versicherte habe über praktisch unbeeinflussbare Schmerzen lumbal, nuchal, interscapulär links sowie gluteal, akzentuiert beim Liegen und beim Sitzen, berichtet. Aufgrund der Präsentation der Beschwerdeführerin sei ein somatoformes Schmerzsyndrom neben der depressiven Problematik suggestiv (Urk. 8/11/12-13). Die Ärzte attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von circa 40 % aus rein rheumatologischer Sicht (Urk. 8/11/13).

4.3. Dr. med. I. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Fähigkeitsausweis Sportmedizin SGSM, hielt im Bericht vom 17. Oktober 2007 (Urk. 8/11/7-8) an Diagnosen fest:

- unklare Knieschmerzen beidseits, links mehr als rechts;
- Polyarthralgien an den oberen und unteren Extremitäten unklarer Ätiologie;
- panvertebrales Schmerzsyndrom.

Gemäss den ihm aktuell vorliegenden Unterlagen liege ein Mischbild von symmetrischen Polyarthralgien an der oberen und unteren Extremität als auch psychisch-psychiatrischen Problemen im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung bei Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung vor (Urk. 8/11/7-8).

4.4. Nach den Angaben von Dr. med. J. ____, FMH Innere Medizin, vom 24. Dezember 2007 (Urk. 8/11/2-6) war die Beschwerdeführerin durch die Psychiaterin ab September 2007 zu 50 % krank geschrieben worden (Urk. 8/11/2). Im Umfang von 50 % des 60 %-Pensums sei sie weiterhin arbeitsfähig (Urk. 8/11/6).

4.5. Die Ärzte des Kantonsspitals M. ____, führten im Bericht vom 21. Januar 2008 (Urk. 8/13/7-10, letzte Untersuchung vom 25. Juli 2007) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein generalisiertes Schmerzsyndrom sowie rezidivierende depressive Störungen mit Verdacht auf Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung an. Eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe seit März 2007 (Urk. 8/13/7).

4.6. Med. pract. E. ____, diagnostizierte im Bericht vom 21. Mai 2008 (Urk. 8/15/7-12) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig bis schwer depressiv, mit somatischem Syndrom (F33.11) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (F45.4) mit chronisch lumbalen Wirbelsäulenbeschwerden und Bauchschmerzen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei die schwierige Kindheit mit unter anderem Trennung von den Eltern und körperlicher Gewalt sowie die jahrzentelange Überforderung (Z61.1, Z61.6, Z73.3; Urk. 8/15/7-8).

Bei der Versicherten bestehe das Gefühl, immer nur für andere da gewesen zu sein. Es bestehe eine latent depressive Symptomatik seit sie sich erinnern könne. Am 11. Mai 2005 sei eine Hysterektomie erfolgt und dies circa 10 Tage nach Diagnostizierung eines verdächtigen Abstrichs. Anschliessend habe eine manifest depressive Symptomatik bestanden, welche auch als Erschöpfungsdepression diagnostiziert worden sei. Bis Herbst 2005 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, danach sei schrittweise ein Aufbau bis zum 60 %-Pensum erfolgt, was sie knapp bewältigt habe. Im Haushalt könne sie ausser minimale Gerichte vorbereiten nichts machen. Seit Sommer 2007 liege aufgrund rekurrierender Symptomatik und zunehmend reduzierter Belastungsfähigkeit eine dauernde Arbeitsunfähigkeit von 60 % vor (Urk. 8/15/9). Seit Mai 2008 sei die Versicherte zu 30 % bis 35 % arbeitsfähig. Die Leistungsfähigkeit im Haushalt liege bei circa 5 % bis 10 % (Urk. 8/15/11).

4.7. Dr. Z. ____, untersuchte die Beschwerdeführerin am 24. Juni 2008 (Urk. 8/43/1-8 S. 1). Dabei hielt er unter "Ausgangslage" fest, die Versicherte habe vor Eintritt des Gesundheitsschadens von Montag bis Freitag pro Tag je 3.3 Stunden und zusätzlich im Turnus am Wochenende ganztags gearbeitet. Seit der Erkrankung sei es der Versicherten nicht mehr möglich, an den Wochenenden zu arbeiten. Die Ressourcen reichten nicht

für einen Arbeitseinsatz von mehr als drei Stunden pro Tag aus (S. 2). Im Haushalt würden alle Arbeiten vom Ehemann und den Kindern übernommen (S. 3).

Als Befunde führte Dr. Z. an, die Beschwerdeführerin sei blass und vorgealtert. Sie wirke erschöpft, matt und bedrückt, im Antrieb schleppend, in der Stimmungslage eher traurig-resigniert, zeitweilig auch mit Tränen, weniger dysphorisch oder gereizt. Es herrsche eine absolut negative und hoffnungslose Lebensbilanz vor (S. 6). An Störungen der psychischen Funktionen seien vor allem die Affektlage (Depression und Tränenausbrüche) und die Antriebsschwäche zu nennen (S. 7).

Dieser und viele andere Abklärungsfälle stellten für Gutachten zur Invaliditätsfrage diagnostisch stets ein gewisses Problem dar. Es seien immer Leidensbilder an der Grenze von schwierigem Leben und psychischer Symptomatik. Im vorliegenden Fall sei er von der Krankhaftigkeit des Leidens der Versicherten aber überzeugt und billige mit gutem Gewissen eine Berufsunfähigkeit von 60 % zu (S. 7). Die Versicherte sei als Küchenhilfe mit maximal drei Stunden pro Tag einsetzbar und ohne Arbeit an den Wochenenden (S. 8). Die Diagnosen lauteten psychasthenische Entwicklung (F48.8) und Dysthymie (F34.1; S. 7).

4.8

4.8.1 Im Y. wurde die Versicherte orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht und beurteilt (Gutachten vom 25. September 2008, Urk. 8/24/1-28).

Gemäss der orthopädischen Beurteilung berichtete die Versicherte über annähernde Ganzkörpererschmerzen. Im Bereich des Rumpfes bestehe eine Antagonistendysbalance zu Lasten der defizitären Bauchmuskulatur. Nebenfundlich beständen Teilaspekte einer kongenitalen Bandscheibenlaxität, woraus aber keine nennenswerten funktionellen Einbussen resultierten. Für die bildgebende Pathologie im Sinne einer kleinen Diskushernie C6/7 ohne Neurokompression und den Verdacht einer linksseitigen Hemispondylolyse L5/S1 bestehe kein klinisches Korrelat (S. 9). Aus orthopädischer Sicht sei die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 10).

4.8.2 Nach den Angaben im neurologischen Teilgutachten vom 1. September 2008 (Urk. 8/23/18-22) bestanden weder aufgrund der sorgfältig durchgeführten Untersuchung noch anamnestisch Hinweise für ein neurologisches Leiden, welches eine Arbeitsunfähigkeit bedingen würde (S. 21).

4.8.3 Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte im Rahmen der von ihm vorgenommenen Untersuchung (Urk. 8/24/23-28) eine Dysthymia (F34.1), welche sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (S. 26).

An Befunden hielt der Gutachter ein etwas vermindertes Selbstbewusstsein und eine leicht gedrückte und nachdenklich besorgte Grundstimmung fest. Streckenweise würden resignative Betrachtungsweisen geussert (S. 25). Weiter seien Schlafstörungen angegeben worden (S. 26).

Die Versicherte leide an einer leichten depressiven Verstimmung, die nach dem Schweregrad und der Dauer einer dysthymen Störung und nicht den Kriterien einer Major Depression entspreche. Sie beklage eine leichte Ermüdbarkeit, Ablenkbarkeit, Gräbeln und Einschlafstörungen. Die angegebenen Beschwerden seien bereits längere Zeit vorhanden, die Versicherte habe aber früher trotzdem relativ

mÃ¼helos ganztags arbeiten und ihren sonstigen AktivitÃ¤ten in der Freizeit nachgehen kÃ¶nnen, wÃ¤hrend sie in letzter Zeit ihr Arbeitspensum reduziert habe und den Tag vÃ¶llig unstrukturiert und teilweise ziellos verbringe. Dies sei aus psychiatrischer Sicht unverstÃ¤ndlich und nicht nachvollziehbar. Bei einer besseren Tagesstrukturierung mit adÃ¤quater Einbindung in den normalen Arbeitsprozess und entsprechenden schlafhygienischen Massnahmen liege eine normale ArbeitsfÃ¤higkeit von 100 % vor (S. 26). Ein weiterer RÃ¼ckzug aus der sozialen Gemeinschaft und insbesondere der Arbeitswelt wÃ¼rde sich weiter verschlechternd auf den Verlauf der seelischen StÃ¶rung und die Gesamtsituation auswirken. Eine Berentung wÃ¼rde die bereits eingenommene regressive Haltung der Versicherten verfestigen (S. 26-27).

4.8.4.4.4. In der Gesamtbeurteilung hielten die Ãrzte fest, die Versicherte kÃ¶nnte ihre bisherige TeilzeittÃ¤tigkeit in der KÃ¼che und im Service mit einem 100 %-Pensum ausÃ¼ben (S. 12).

4.9.4.4.4. In der ErgÃ¤nzung vom 23. Februar 2009 (Urk. 8/58/1-3) hielten die Ãrzte des Y.____ sodann fest, die Diagnose eines generalisierten Schmerzsyndroms mit unter anderem symmetrischen Polyarthralgien sei im Gutachten hinreichend gewÃ¤rdigt und diagnostisch als orthopÃ¤disches GanzkÃ¶rperschmerzsyndrom und ohne funktionell relevantes klinisches Korrelat zusammengefasst worden (S. 1-2; vgl. auch Angaben von Dr. A.____ vom 11. Juni 2009, Urk. 8/84 S. 4).

4.10.4.4.4. Die von med. pract. E.____ psychopathologisch begrÃ¼ndete EinschrÃ¤nkung der ArbeitsunfÃ¤higkeit von mindestens 60 %, langfristig bis 70 %, kÃ¶nne bei den objektivierten psychopathologischen Befunden nicht bestÃ¤tigt werden. Im Weiteren sei nicht nachvollziehbar, dass Dr. Z.____ auf der Grundlage der Diagnosen der Dysthymie und der psychasthenischen Entwicklung eine BerufsunfÃ¤higkeit von 60 % annehme (S. 2; vgl. auch Angaben von Dr. B.____ vom 21. August 2009, Urk. 8/84 S. 4 und S. 2).

4.10.4.4.4. Dr. med. C.____, Psychiater und Psychotherapeut, bei welchem die Versicherte ab dem 5. Juni 2009 in Behandlung stand, fÃ¼hrte im Bericht vom 30. November 2009 im Vergleich zum Bericht von med. pract. E.____ keine zusÃ¤tzlichen Diagnosen an. Eine weitere Behandlung sei notwendig, um den erreichten Status quo mit Erhaltung der TeilarbeitsfÃ¤higkeit aufrechtzuerhalten und schrittweise den Umgang mit traumatischen Erinnerungen und mit der Schmerzproblematik zu verbessern. Eine Steigerung der aktuellen ArbeitsfÃ¤higkeit sei zur Zeit nicht realistisch (Urk. 8/80 S. 2; vgl. auch die Angaben von Dr. B.____ vom 8. Dezember 2009, Urk. 8/84 S. 5).

E. 5

5.1.4.4.4. Die BeschwerdefÃ¼hrerin war in der Zeit vor der Anmeldung bei der Invalidenversicherung wiederholt rheumatologisch untersucht und abgeklÃ¤rt worden. FÃ¼r die dabei unter anderem diagnostizierten Polyarthralgien, worunter in mehreren Gelenken auftretende Schmerzen verstanden werden (vgl. zu Arthralgie: Pschyrembel, Klinisches WÃ¶rterbuch, 259. Auflage, Berlin 2002, S. 127), konnte keine, namentlich auch keine entzÃ¼ndliche Systemerkrankung als Ursache gefunden werden (Urk. 8/11/8, Urk. 8/11/14-16; vgl. dazu auch www.doctorhelp.ch, Polyarthralgien). Auch die radiologischen AbklÃ¤rungen brachten keine ausreichende ErklÃ¤rung fÃ¼r das letztlich diagnostizierte generalisierte Schmerzsyndrom, und die therapeutischen Optionen wurden im Juli 2007 im Wesentlichen als ausgeschÃ¶pft beurteilt (vgl. Urk. 8/11/10-11, Urk.

8/11/16, Urk. 8/11/4 Ziff. 5.2).

Dass die Versicherte nach Juli 2007 wegen einer Beschwerdeexazerbation erneut fachärztliche Hilfe in Anspruch genommen hätte, ist nicht ersichtlich und wurde nicht geltend gemacht (vgl. Urk. 8/11/4 Ziffer 5.1, Urk. 8/13/8 Ziffer 4.2). Unter diesen Umständen bestand für die somatischen Gutachter des Y.____ im August und September 2008 kein zwingender Anlass, nochmalige radiologische oder weitere - etwa laborchemische - Abklärungen zu veranlassen (vgl. Urk. 1 S. 7).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 4-6) wurde bei ihr auch im Vorfeld der Begutachtung im Y.____ kein Leiden diagnostiziert, welches nur von einem Facharzt oder einer Fachärztin der Rheumatologie zuverlässig hätte beurteilt werden können. Vielmehr bestehen Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat, wofür Dr. med. D.____ vom Y.____ als Orthopäde hinreichend qualifiziert ist (zu den Unterschieden: Urk. 8/68 S. 2, Urk. 8/69 S. 2).

Im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung wird verlangt, dass (subjektive) Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Die Schmerzangaben müssen also zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfbarkeit zugänglich sein (BGE 130 V 396 E. 5.3.2 mit Hinweisen). Dies ist bezüglich der von der Beschwerdeführerin angegebenen, praktisch unbeeinflussbaren Schmerzen (Urk. 8/11/12, Urk. 8/11/10) sowohl nach der Beurteilung der Rheumatologen des Kantonsspitals M.____ und nun der somatischen Fachärzte des Y.____ nicht der Fall. Unter diesen Umständen ist die von den Rheumatologen des Kantonsspitals M.____ attestierte 40%ige Arbeitsunfähigkeit nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, zumal sie auch nicht weiter begründet und festgehalten wurde, für eine seriöse Beurteilung werde eine ergänzende Abklärung der funktionellen Leistungsfähigkeit für nötig erachtet (Urk. 8/11/11, Urk. 8/13/3). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die somatischen Fachgutachter des Y.____, welche ausschliesslich den objektivierbaren Schmerzen und Beeinträchtigungen Rechnung trägt, vermag dagegen zu überzeugen (Urk. 8/24 S. 11-12).

Dies gilt umso mehr, als keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass im Rahmen der klinischen Untersuchungen im Y.____ namhafte und entscheidende Befunde übersehen worden wären, wie dies die Beschwerdeführerin etwa bezüglich der Gelenkschwellungen geltend macht (vgl. Urk. 1 S. 4); vielmehr ist im Gutachten eine sorgfältige Befunderhebung dokumentiert. Dabei wurde unter anderem auch festgehalten, dass die Konturen der Hand- und Fingergelenke sowie der Fussknöchel erhalten seien (Urk. 8/24 S. 8-9). Damit wurde auch das Bestehen von Schwellungen in diesen Bereichen geprüft und in relevantem Ausmass verneint (vgl. Urk. 1 S. 4-5, Urk. 8/58 S. 2). Bezüglich der Schwellungen im Hand- und Fussgelenkbereich ist sodann festzuhalten, dass diese für die Ärzte des Kantonsspitals M.____ mit ein Anlass gewesen waren, weitere Abklärungen vorzunehmen. Letztlich massen indes auch sie diesem Befund keine selbständige, erklärende Bedeutung für das generalisierte Schmerzsyndrom zu (vgl. Urk. 8/11/16 und Diagnose in Urk. 8/11/10-11).

Zusammenfassend kann somit auf die nachvollziehbare Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes im - im Übrigen auch formell einwandfreien Y.____-Gutachten - abgestellt werden (vgl. E. 1.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus somatischer Sicht besteht damit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

5.2 Ä Ä Ä Ä

5.2.1 Ä Ä Was den psychischen Gesundheitszustand anbetrifft, liegen neben den Berichten der behandelnden Ärzte mit den Beurteilungen von Dr. Z. ___ vom 30. Juni 2008 (Urk. 8/43) und dem Y. ___-Gutachten vom 25. September 2008 (Urk. 8/24) zwei gutachterliche Stellungnahmen vor. In diagnostischer Hinsicht besteht zwischen den beiden unabhängig voneinander erstellten Gutachten weitgehende Einigkeit. Diagnostiziert wurde eine Dysthymie (F34.1). Dr. Z. ___ führt sodann eine psychasthenische Entwicklung (F48.8) an. Namentlich konnten beide Gutachter die von med. pract. E. ___ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradig bis schwer, mit somatischem Syndrom (F33.11) nicht bestätigen (Urk. 8/43 S. 7, Urk. 8/24 S. 26). Vielmehr gingen sie von einem chronischen depressiven Erschöpfungszustand beziehungsweise einer leichten depressiven Verstimmung aus. Diesen gutachterlichen Einschätzungen der Ausprägungsart und des Schweregrades der depressiven Symptomatik kommt gegenüber den Einschätzungen der behandelnden Ärztin größeres Gewicht zu, zumal sich insbesondere Dr. Z. ___ mit den Angaben von med. pract. E. ___ auseinandersetzte (zur Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag: Urteil des Bundesgerichts I 971/06 vom 6. März 2007 E. 4.1). Ergänzende Abklärungen sind angesichts der zwei gutachterlichen Einschätzungen nicht erforderlich. Aus dem Bericht des neuen behandelnden Arztes Dr. C. ___ vom 30. November 2009 ergeben sich sodann im Vergleich zur Beurteilung von med. pract. E. ___ weder andere Diagnosen noch sonstige neue Aspekte (Urk. 8/15/7-8, Urk. 8/80). Es liegen damit keine relevanten Umstände vor, die im Rahmen der Begutachtungen unberücksichtigt geblieben wären.

5.2.2 Ä Ä In der Stellungnahme des Y. ___ vom 23. Februar 2009 zum nachträglich vorgelegten Gutachten von Dr. Z. ___ hielten die Ärzte fest, es sei nicht nachvollziehbar, dass Dr. Z. ___ auf der Grundlage dieser Diagnosen eine Berufsunfähigkeit von 60 % angenommen habe (Urk. 8/58 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Dysthymie den jeweiligen Umständen entsprechend nicht invalidisierend. Vielmehr ist analog wie bei den somatoformen Schmerzstörungen vorzugehen, wenn die invalidisierende Wirkung einer Dysthymie in Frage steht (Urteile des Bundesgerichts 8C_327/2011 vom 12. August 2011 E. 3.3.1 und I 649/06 vom 13. März 2007 E. 3.3.1). Dies gilt auch für die von Dr. Z. ___ zusätzlich diagnostizierte psychasthenische Entwicklung, welche wie die Neurasthenie den sonstigen neurotischen Störungen zuzurechnen und gleich zu behandeln ist (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

5.2.3 Ä Ä Ob die Dysthymie und die psychasthenische Entwicklung mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind, ist als Rechtsfrage abschliessend vom Gericht zu prüfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_979/2008 vom 1. Juli 2009, E. 5.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der Versicherten besteht nach den Feststellungen der Gutachter keine psychische Komorbidität etwa im Sinne einer erheblichen Depression.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach den Angaben von Dr. H. ___ leidet die Versicherte seit über 15 Jahren unter anderem unter lumbalen Rückenschmerzen (Urk. 8/11/18). Wegen der körperlichen Leiden bestand jedoch keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit,

weshalb nicht von erheblichen chronischen körperlichen Begleiterkrankungen auszugehen ist (vgl. Urk. 8/15/9; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_370/2010 vom 7. Februar 2011 E. 6.3.2). Ebenso wenig besteht ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens. Die Versicherte zieht nachgerade aus der nach wie vor ausgeübten Berufstätigkeit Struktur und Halt (Urk. 8/80 S. 2). Auch vom Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung ist nicht auszugehen. Denn auch nach Ansicht von Dr. C. ___ ist eine (leichte) Verbesserung des psychischen Zustandes bei Fortführung der psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Therapie nicht ausgeschlossen (Urk. 8/80 S. 2). Eine stationäre Behandlung war nach Juni 2005 sodann nicht mehr durchgeführt worden (Urk. 8/15/10). Die Versicherte war bis Mitte 2007 noch im üblichen Umfang und seither weiterhin in reduziertem Umfang erwerbstätig. Nach den Angaben von med. pract. E. ___ reduzierte sie die Tätigkeiten im Haushalt zwar bereits ab circa 2005 (Urk. 8/15/9). Ein langer und chronifizierter Krankheitsverlauf kann in Anbetracht der fortgeführten und der Versicherten nach übereinstimmender ärztlicher Ansicht zumutbaren Erwerbstätigkeit jedoch nicht angenommen werden. Ob von einem primären Krankheitsgewinn auszugehen ist, kann offen bleiben. Insgesamt sind die Kriterien weder gehäuft noch ausgeprägt erfüllt. Den von den Gutachtern diagnostizierten Leiden kann damit keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit bestehen auch keine psychischen Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

5.3 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Versicherten ist weder für den erwerblichen Bereich noch für die Haushaltstätigkeit eine gesundheitsbedingte Einschränkung anzunehmen. Ein Rentenanspruch ist zu Recht verneint worden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. ___ unter Beilage von Kopien von Urk. 11 und 12
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.