

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00499 vom 17. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00499

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00499 du 17 août 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00499 del 17 agosto 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin ermittelte in der Verfügung vom 20. April 2010 basierend auf einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit ein Valideneinkommen von Fr. 40'655.94 und ein Invalideneinkommen von Fr. 17'822.12, womit weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente bestehe (Urk. 2 S. 2).

Die Beschwerdeführerin wandte sich in der Beschwerde namentlich gegen die Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit im Gutachten des Z.____ vom 28. Oktober 2009 (Urk. 1 S. 7 ff.). Weiter beanstandete sie den von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleich (Urk. 1 S. 14 Ziff. 13).

3.2 Das Bundesgericht hat den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 18. Dezember 2006 und das Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 5. Mai 2008 mit Urteil vom 7. November 2008 aus formellen Gründen aufgehoben (Urk. 7/143 S. 6 f. E. 4.6, S. 8 Dispositiv Ziff. 1). Im vorliegenden Verfahren ist damit erneut zu prüfen, ob es im Vergleich zum Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. Dezember 2002 zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gekommen ist und ob diese ab dem 1. Oktober 2004 gegebenenfalls Anspruch auf eine höhere als die ausgerichtete halbe Rente hat (Urk. 7/143 S. 4 E. 3).

E. 4

4.1 Das Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle, MEDAS A.____ (nachfolgend: MEDAS), datiert vom 25. Februar 2002 (Urk. 7/59) und ist von Dr. med. B.____, Facharzt Innere Medizin/Rheumatologie FMH, und Dr. med. C.____, Chefarzt MEDAS, unterzeichnet. Die Gutachter nannten im Gutachten als Hauptdiagnosen (mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit, S. 9 Ziff. 3.1):

- psychoreaktive depressive Störung nach körperlicher Erkrankung, leichten bis mittelschweren Grades
- psychogene Überlagerung der körperlichen Beschwerden
- diffuses chronisches Schmerzsyndrom cervico-brachial und -cephal sowie lumbo-ischialgiform rechts mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden
- Periarthritis humeroscapularis links bei Status nach operativer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette rechts im September 1998

Nach der psychiatrischen Exploration (psychiatrisches Konsilium durch Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie) sei die Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit allein vom psychischen Zustand her auf 30 % zu schätzen, sowohl für ausserhäusliche Erwerbstätigkeiten wie im Haushalt. Angesichts der Chronifizierung erscheine die Prognose eher ungünstig (S. 10 Ziff. 4).

Die Gutachter legten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gesamthaft dahingehend fest, dass für die frühere Tätigkeit in einer Verpackungsfirma mit entsprechender Schulterbelastung keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, ebenso wenig für andere körperlich eher schwerere oder überkopf-Arbeiten. Ferner entfielen Tätigkeiten mit ausgesprochener Zwangshaltung oder Stressbelastung. Für körperlich eher leichtere bis vereinzelt mittelschwere Tätigkeiten ohne besondere Beanspruchung der rechten Schulter vor allem durch überkopf-Arbeiten sowie ohne ausgesprochene Zwangshaltungen oder Stressbelastungen sei die Arbeitsfähigkeit unter Beachtung der somatischen und vorwiegend auch der psychischen Faktoren auf 50 % zu schätzen (S. 10 Ziff. 5.1-5.2).

Gestützt auf das genannte Gutachten erfolgte mit Verfügung vom 11. Dezember 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 46 % die Zusprache einer Viertelsrente (Urk. 7/71) beziehungsweise im Rechtsmittelverfahren bei einem Invaliditätsgrad von 50.8 % oder 51.5 % einer halben Rente (Urk. 7/86 und Urk. 7/92).

E. 5

5.1 Dr. phil. E. ____, Klinischer Psychologe und Supervisor, und med. pract. F. ____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Medizinisches Zentrum G. ____, (G. ____), diagnostizierten in einem Bericht vom 19. Juli 2004 (Urk. 7/98) eine schwere depressive Episode und Beschwerden im Bereich der Brustwirbelsäule (S. 1).

5.2 Dr. med. H. ____, Spezialarzt FMH für Chirurgie (laut Briefkopf: speziell Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie), führte in einem Bericht vom 26. Dezember 2004 (Urk. 7/127/9-10, vgl. auch den Bericht von Dr. H. ____, vom 25. Oktober 2004, Urk. 7/107/1-2) aus, im Zentrum der Problematik stehe ein schweres lumbo-vertebrales Syndrom mit rechtsbetonter Ausstrahlung beidseits. Die Abklärungen hätten schwere degenerative Veränderungen mit einer Spinalkanalstenose und Kompression der Nervenwurzel bei L5 rechts ergeben. Die Beschwerdeführerin leide ferner an einem zervikozephalen Syndrom mit Begleitschwindel. Eine diesbezügliche neurologische Abklärung habe ergeben, dass es sich am ehesten um einen zervikal bedingten Schwindel handle. Ferner bestehe eine somatoforme Schmerzstörung mit Symptomausweitung und eine mittelgradige depressive Episode. Aufgrund der doch deutlichen psychischen Komponenten müsse eine operative Indikation mit Zurückhaltung gestellt werden. Vorerst sollte die Depression behandelt werden (S. 1 f.). Die Beschwerdeführerin sei aus physischen und psychischen Gründen zur Zeit und bis auf Weiteres in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Aus den gleichen Gründen könne ihr auch keine andere Arbeit zugemutet werden (S. 2).

5.3 Dr. H. ____, führte in einem weiteren Bericht vom 14. September 2007 (Urk. 7/134) zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin leide seit 1995 an Schmerzen in der Lendenwirbelsäule. Seit einem Sturz im Jahr 1996 seien auch Schmerzen im rechten Schultergelenk vorhanden. Die Beschwerdeführerin klage in letzter Zeit wieder über eine Zunahme der Lendenschmerzen sowie von cervikalen Schmerzen mit Ausstrahlung in die Schultern und Arme. Hinzu komme ein neu auftretender vertebrogener Schwindel, der

immer wieder zur Immobilität fÃ¼hre (S. 1 f.). Die BeschwerdefÃ¼hrerin sei am 10. Februar 2007 die Treppe hinunter gefallen. Bei dem Treppensturz hÃ¤tten die Nacken- und Kopfschmerzen sowie die Schwindelattacken zugenommen (S. 2 Mitte).

5.4. Dr. med. I. ____, Spezialarzt FMH fÃ¼r Otorhinolaryngologie und Hals- und Gesichtschirurgie, berichtete am 7. Februar 2008 (Urk. 7/154) Ã¼ber die BeschwerdefÃ¼hrerin. Dr. I. ____, diagnostizierte im Bericht einen Status nach zweimaligen SturzunfÃ¤llen im Jahr 1999 und am 10. Februar 2007 und ein multi-senso-motorisches Vertigo-Syndrom (S. 6).

Im Ãbrigen ist auf die im Urteil des hiesigen Gerichts vom 5. Mai 2008 (Verfahrensnummer IV.2007.00075) zitierten Arztberichte (Urk. 7/138 S. 5 ff. E. 3.1-3.5) zu verweisen.

Die seit dem Urteil des Bundesgerichts vom 7. November 2008 (Urk. 7/143) erfolgten AbklÃ¤rungen ergeben folgendes Bild Ã¼ber den Gesundheitszustand der BeschwerdefÃ¼hrerin:

Dr. H. ____, berichtete am 12. MÃ¤rz 2009 (Urk. 7/152) Ã¼ber einen stationÃ¤ren Krankheitsverlauf. Dr. H. ____, stellte fest, einerseits bestÃ¼nden starke und vor allem belastungsabhÃ¤ngige somatische Beschwerden. Andererseits leide die BeschwerdefÃ¼hrerin an einer mittelgradigen bis schweren Depression (S. 1 und S. 4 Ziff. 1.7).

Nach einer am 14. Mai 2004 erstellten Kernspintomographie (MRI) der LendenwirbelsÃ¤ule bestehe eine erhebliche sekundÃ¤re Osteochondrose und Spondylose bei L5/S1 bei Status nach einer Diskushernienoperation und Rezidivoperation ohne Nachweis eines Rezidivs. Weiter bestehe eine ausgeprÃ¤gte deformierende Spondylarthrose bei L5/S1 mit mÃ¤ssiger degenerativer Einengung der Neuroforamina dieses Bewegungssegmentes. Im Bewegungssegment bei L4/5 seien die Intervertebralgelenke arthrotisch deformiert, rechts fehlgestellt bei Klaffen und etwas Erguss. Die Neuroforamina seien degenerativ eingeengt. Weiter bestÃ¼nden leichte Spondylarthrosen bei L2/3 und L3/4. Die Untersuchung vom 21. Februar 2007 hÃ¤tte im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule keine ossÃ¤ren LÃ¤sionen ergeben. Es bestÃ¼nden schwere Osteochondrosen und Spondylosen bei C5/6 und C6/7 und Spondylarthrosen der mittleren und unteren HalswirbelsÃ¤ule. Es bestehe eine leichte Spondylose Ã¼ber die gesamten LendenwirbelsÃ¤ule und Spondylarthrosen im Bereich der unteren LendenwirbelsÃ¤ule. Weiter bestehe eine diskrete Degeneration im rechten HÃ¼ftgelenk (S. 3).

Seit seinem Bericht vom 21. Juni 2006 habe sich keine wesentliche VerÃ¤nderung sowohl der somatischen als auch der psychischen Beschwerden ergeben. Die BeschwerdefÃ¼hrerin sei am 10. Februar 2007 wegen Schwindelbeschwerden die Treppe hinuntergefallen. Seitdem hÃ¤tten die vorbestandene Cervicalgien zugenommen (S. 2 Ziff. 1.4). Die BeschwerdefÃ¼hrerin sei bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfÃ¤hig (S. 4 Ziff. 1.7).

J. ____, eidg. dipl. Ãrztin, FachÃrztin fÃ¼r Allgemeinmedizin FMH, nannte in einem Bericht vom 17. MÃ¤rz 2009 (Urk. 7/153/2-5, Urk. 7/153/7) als Diagnosen (Urk. 7/153/7):

- chronischer Schwindel mit Status nach zweimaligen Stürzen bei senso-motorischem Vertigo-Syndrom (Diagnose im Februar 2008)

- chronisches lumbospondylogenes bis radikuläres Schmerzsyndrom bei rechtsseitiger Diskushernie bei L5/S1 mit Kompression der Nervenwurzel bei L5

- chronische Periarthritis humeroscapularis beidseits, Status nach Rotatorenmanschettenruptur 1998

- mittelgradige depressive Episode mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung bei obgenannten Befunden

Die Situation habe sich zwar stabilisiert, aber nicht so gebessert, dass die Beschwerdeführerin im Arbeitsalltag bestehen könnte. Sie sei seit dem 25. August 2004 zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund ihrer psychischen und physischen Leiden sei sie auch einem niedrigen Leistungsdruck in einer angepassten Tätigkeit nicht gewachsen. Zusätzlich habe sich die Symptomatik durch den extremen Schwindel, der zu einem sehr schweren Treppensturz geführt habe, verschärft.

Dr. E. und med. pract. F., G., diagnostizierten in einem Bericht vom 18. Juni 2009 (Urk. 7/159/6-8) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (S. 2 Ziff. 1.1).

Dr. E. und med. pract. F. führten weiter aus, anamnestisch seien Suizidideen deutlich vorhanden. Aktuell sei aber keine Suizidalität nachweisbar (S. 2 Ziff. 1.4 unten). Sie stellten zum Befund fest, die Beschwerdeführerin sei kognitiv in der Aufmerksamkeit, der Konzentration und in der Auffassungsgabe deutlich verlangsamt. Die Merkfähigkeit und das Gedächtnis seien eingeschränkt. Die Prognose sei schlecht. Die Depression habe sich deutlich chronifiziert. Es bestehe ein unüberwindbares regressives Verhalten mit Hilfestellungen der Familie und von Kollegen und eine Ängstlichkeit. Die Schmerzen hätten zugenommen. (S. 3 Mitte). Die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. Januar 2002 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 Mitte).

Die Beschwerdegegnerin gab beim Medizinischen Zentrum (Z.) ein orthopädisch-psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Das Gutachten wurde am 28. Oktober 2010 (Urk. 7/161) erstattet und ist von Dr. med. K., Spezialarzt Orthopädie FMH, und Dr. med. L., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unterzeichnet und beruht auf der psychiatrischen und orthopädischen Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 15. September 2009, den bildgebenden Untersuchungen, den den Gutachtern zur Verfügung gestellten Akten und der Konsensbesprechung der Fachärzte (S. 1 f. Ziff. 1.2).

Die Gutachter nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23 Ziff. 7.1):

- mässige Osteochondrose und Unkovertebralarthrose bei C5-7, Diskushernie bei C5/6 mit deutlicher Foraminalstenose und Kompression der Nervenwurzel bei C6 rechts mehr als links sowie hochgradige Foraminalstenose bei C 6/7 mit Reizung der Nervenwurzel bei C7 links

- Diskushernie bei L3/4 paramedian links leicht nach cranial geschlagen mit Dorsalverlagerung der Nervenwurzel bei L4 rezessal links und breitbasige mediane

Diskushernie bei L4/5 mit mÄssiger Rezessalstenose beidseits ohne neurale Kompression und mÄssige Spondylarthrose

- PrÄadipositas

- mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bestehend seit etwa 2001

- anhaltende somatoforme SchmerzstÄrung

- ausgedehnte Teilruptur der Supra- und Infraspinatussehne sowie chronische Ruptur der Subscapularissehne bei Status nach Rotatorenmanschettennaht rechts im September 1998

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. K. ___ fÄhrte zur orthopÄdischen Untersuchung aus, die BeschwerdefÄhrerin gebe an, sie sei 1998 beim Aussteigen aus dem Bus auf Eis ausgerutscht und auf den RÄcken gefallen. Im weiteren Verlauf seien Schmerzen an der rechten Schulter aufgetreten (S. 5 Ziff. 3.3). Seit dem Unfall von 1998 bestÄnden zunehmende Nackenschmerzen, deren QualitÄt von der BeschwerdefÄhrerin nicht beschrieben werden kÄnne, und die in den Kopf und in die rechte Schulter ausstrahlen und den Schlaf stÄren wÄrden. Seit dem Unfall von 1998 und einem Sturz von der Treppe im Jahr 2007 leide die BeschwerdefÄhrerin an zunehmenden lumbalen Schmerzen (S. 5 Ziff. 3.4). Die Nackenschmerzen seien grÄsstenteils durch die degenerativen VerÄnderungen bei C5 bis C7 mit einer Osteochondrose und Unkovertebralarthrose sowie einer Foraminalstenose und Nervenwurzelkompression bei C6 beidseits und einer Foraminalstenose mit Nervenwurzelkompression bei C7 links erklÄrt. Allerdings sei die Untersuchung der WirbelsÄule durch den beklagten Schwindel nur eingeschrÄnkt mÄglich. Eine AbklÄrung des Schwindels basierend auf fassbaren Befunden sei empfehlenswert. Die lumbalen Schmerzen seien weitgehend mit der Diskushernie bei L3/4 und der Dorsalverlagerung der Nervenwurzel bei L4 rezessal links vereinbar. Die Ausstrahlung der lumbalen Schmerzen in beide Waden lasse sich hingegen nicht plausibilisieren, da nur eine Neurokompression links radiologisch im Dermatome L4 habe nachgewiesen werden kÄnnen. Die Schulterschmerzen rechts kÄnnten teilweise auf die im MRI sichtbare ausgedehnte Teilruptur der Supra- und Infraspinatussehne sowie die chronische Ruptur der Subscapularissehne zurÄckgefÄhrt werden (S. 9 Ziff. 5.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä KÄrperlich schwere Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung, die vorwiegend sitzend oder stehend ausgeÄbt werden mÄssten und die mit hÄufig inklinierten und reklinierten sowie rotierten KÄrperhaltungen und regelmÄssigem Heben und Tragen von Lasten von Äber 5 bis 10 kg und hÄufigen Arbeiten Äber der Horizontalen verbunden seien, kÄnnten der BeschwerdefÄhrerin nicht mehr vollumfÄnglich zugemutet werden. Die ArbeitsfÄhigkeit als Angestellte in einer Verpackungsfirma, welche Arbeit vorwiegend stehend mit inklinierter KÄrperhaltung und mit hÄufigem Heben und Tragen von Lasten zwischen 5 bis 10 kg verbunden sei, kÄnne der BeschwerdefÄhrerin seit dem Zeitpunkt der Begutachtung bei voller StundenprÄsenz zu 40 % (ArbeitsunfÄhigkeit von 60 %) zugemutet werden (S. 9 f. Ziff. 5.5). KÄrperlich leichte TÄtigkeiten in temperierten RÄumen, die namentlich abwechselungsweise sitzend und stehend ausgeÄbt werden kÄnnten, seien bei voller StundenprÄsenz zu 90 % (ArbeitsunfÄhigkeit von 10 %) zumutbar (S. 10 Ziff. 5.6). Die im MEDAS-Gutachten im Jahr 2002 und durch Dr. H. ___ in den Jahren 2006, 2007 und 2009 attestierte ArbeitsunfÄhigkeit von 100 % in der bisherigen TÄtigkeit basiere auf somatischen und psychischen Diagnosen (S. 10 Ziff. 5.7).

Die psychiatrische Untersuchung fand mit Hilfe einer Dolmetscherin statt (S. 12 Ziff. 1.2, S. 14 Ziff. 3.1).

Dr. L.____ führte zur psychiatrischen Untersuchung aus, aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode mit Hinweisen auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung erschienen die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, die Interessen, die Motivation und die Dauerbelastbarkeit der Beschwerdeführerin deutlich beeinträchtigt (S. 20 Ziff. 3.5.2). Aus psychiatrischer Sicht sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung anzunehmen. Daneben bestehe eine mittelgradige depressive Episode, die zu einer Beeinträchtigung der Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung führe. Es sei eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer anzunehmen. Die versicherte Person verfüge damit nicht ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen und es seien diese mit einer zumutbaren Willensanstrengung nur eingeschränkt überwindbar (S. 20 Ziff. 3.5.4). Aus rein psychiatrischer Sicht könne ohne Berücksichtigung der körperlich begründbaren Beschwerden in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einer Verpackungsfirma eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bei vollem Stundenpensum seit etwa 2001 angenommen werden. In einer angepassten Tätigkeit könne aus psychiatrischer Sicht seit etwa 2001 ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen werden. Eine höhere Arbeitsfähigkeit sei auch bei adaptierten Tätigkeiten aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen nicht anzunehmen (S. 20 Ziff. 3.6.1-3.6.2).

Gesamthaft liege die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bei voller Stundenpräsenz seit 2001 bei 50 % (Arbeitsunfähigkeit von 50 %), da aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode mit Hinweisen auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, die Interessen, die Motivation und die Dauerbelastbarkeit deutlich beeinträchtigt seien. Seit dem Zeitpunkt der Begutachtung bestehe in der bisherigen Tätigkeit gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 40 % (Arbeitsunfähigkeit von 60 %, S. 23 f. Ziff. 8.1). Eine leidensangepasste Tätigkeit könne der Beschwerdeführerin gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit 2001 zu 50 % zugemutet werden. Dabei handle es sich um körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechselungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen eingenommen und Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen oder Arbeiten über der Horizontalen durchgeführt werden müssten. Ferner sollte es sich um geistig einfache Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne erforderliche überdurchschnittliche Konzentrationsfähigkeit, ohne vermehrten Kundenkontakt und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln (S. 24 Ziff. 8.2).

Der psychiatrische Gutachter könne der diagnostischen Einschätzung im MEDAS-Gutachten aus dem Jahr 2002 mit einer mittelgradigen depressiven Episode und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung weitgehend zustimmen. Der von med. pract. F.____ attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit könne der Gutachter des Z.____ dagegen nicht zustimmen. Aufgrund der vorliegenden Befunde könne die von Dr. H.____ im Jahr 2009 bestätigte volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollzogen werden (S. 24 Ziff. 8.3).

E. 6

6.1. Die erfolgten Abklärungen ergaben, dass die Beschwerdeführerin seit einem ersten Sturz im Jahr 1998 an Nacken- und lumbalen Schmerzen bei nachgewiesenen Befunden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule und an der rechten Schulter leidet (Urk. 7/161 S. 22, Urk. 7/127/9-10, Urk. 7/152 S. 3). Von psychiatrischer Seite besteht eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung.

Nach dem MEDAS-Gutachten vom 25. Februar 2002 bestand unter Berücksichtigung der somatisch und psychisch bedingten Beschwerden für eine körperlich leichtere bis vereinzelt mittelschwere Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 7/59 S. 10 Ziff. 5.2). Gemäss der damaligen Beurteilung war der Beschwerdeführerin die Tätigkeit in einer Verpackungsfirma nicht mehr zumutbar (Urk. 7/59 S. 10 Ziff. 5.1). Nach dem Gutachten des Z. ___ vom 28. Oktober 2009 bestand für die bisherige Tätigkeit seit 2001 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, während seit dem Zeitpunkt der Begutachtung im Z. ___ in dieser Tätigkeit noch von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen ist (Urk. 7/161 S. 23 f. Ziff. 8.1). Bei dem im Gutachten des Z. ___ umschriebenen Belastungsprofil legten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit für eine entsprechend leidensangepasste Tätigkeit auf 50 % fest. Dr. H. ___ wie auch die Ärzte des Medizinischen Zentrums G. ___ attestieren der Beschwerdeführerin dagegen eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten.

6.2. Die

6.2.1. 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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

6.2.2. Im Gutachten des Z. ___ vom 28. Oktober 2010 findet sich eine Zusammenfassung der relevanten Vorakten (Urk. 7/161 S. 2 ff. Ziff. 2.2). Das Gutachten beruht auf den orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin und den erstellten Röntgenbildern.

Die Beschwerdeführerin brachte gegen das Gutachten vor, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb etwa der Schwindel von den Gutachtern des Z. ___ nicht näher abgeklärt worden sei (Urk. 1 S. 11 Mitte). Die angegebenen Schwindelbeschwerden werden im Gutachten unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 7/161 S. 23 Ziff. 7.2). Die Schwindelbeschwerden wurden durch Dr. I. ___ abgeklärt. Aus dem Bericht von Dr. I. ___ vom 7. Februar 2008 ergeben sich jedoch keine Anhaltspunkte, dass die Beschwerdeführerin durch den Schwindel zusätzlich massgeblich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein könnte, so dass eine erneute Untersuchung durch einen Hals-Nasen-Ohrenarzt erforderlich wäre. Auf eine zusätzliche Abklärung, wie von der Beschwerdeführerin beantragt (Urk. 1 S. 11 unten), kann daher verzichtet werden. Die Beschwerdeführerin beanstandete weiter, die Diagnose einer arteriellen Hypertonie sei im neuesten Gutachten

des Z.____ nicht mehr aufgefÄ¼hrt (Urk. 1 S. 11 Mitte). Die Diagnose ist einzig im MEDAS-Gutachten vom 25. Februar 2002 als Nebendiagnose ohne wesentliche EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit aufgefÄ¼hrt (Urk. 7/59 S. 9 Ziff. 3.2). Das Gutachten des Z.____ beruht auf der orthopÄ¼disch-psychiatrischen Untersuchung der BeschwerdefÄ¼hrerin. Nachdem eine arterielle Hypertonie einzig im MEDAS-Gutachten vom 25. Februar 2002 erwÄ¼hnt wird und sich auch etwa in den Berichten von Dr. H.____ keine Anhaltspunkte dafÄ¼r finden, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin an einer Hypertonie leidet, durfte auf eine entsprechende AbklÄ¼rung verzichtet werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenso wenig spricht gegen das Gutachten, dass die Schmerzen nach der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters Dr. L.____ von der BeschwerdefÄ¼hrerin nur eingeschrÄ¼nkt zu Ä¼berwinden sind (Urk. 7/161 S. 20 Ziff. 3.5.4), ihr in einer angepassten TÄ¼tigkeit aber gleichwohl eine (eben eingeschrÄ¼nkte) ArbeitsfÄ¼higkeit von 50 % zumutbar ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Gutachten erweist sich im Hinblick auf die Frage nach einer allfÄ¼lligen Verschlechterung der ArbeitsfÄ¼higkeit der BeschwerdefÄ¼hrerin als umfassend. Es leuchtet weiter in der Darlegung der medizinischen ZusammenhÄ¼nge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Entgegen den Vorbringen der BeschwerdefÄ¼hrerin (Urk. 1 S. 13 Ziff. 12) setzten sich die Gutachter mit der abweichenden Beurteilung durch Dr. H.____ und die Ä¼rzte des Medizinischen Zentrums G.____ auseinander, auch wenn die Gutachter die von diesen Ä¼rzten attestierte volle ArbeitsunfÄ¼higkeit fÄ¼r jegliche TÄ¼tigkeiten nicht bestÄ¼tigen konnten (Urk. 7/161 S. 24 Ziff. 8.3). Das Gutachten erweist sich daher als beweistauglich.

6.3 Ä Ä Ä Ä Die Gutachter des Z.____ legten eingehend dar, dass in der bisherigen TÄ¼tigkeit als Verpackerin ab dem Zeitpunkt der Begutachtung eine ArbeitsfÄ¼higkeit von 40 % (ArbeitsunfÄ¼higkeit von 60 %) besteht, wÄ¼hrend davor eine ArbeitsfÄ¼higkeit von 50 % bestand. Insofern ist es zu einer gewissen Verschlechterung der ArbeitsfÄ¼higkeit gekommen. In eine leidensangepassten TÄ¼tigkeit besteht nach dem Gutachten des Z.____ dagegen eine ArbeitsfÄ¼higkeit von 50 % (Urk. 7/161 S. 23 f. Ziff. 8.1-8.2). Dabei ist an kÄ¼rperlich leichte TÄ¼tigkeiten in temperierten RÄ¼umen zu denken, wobei die Arbeiten abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeÄ¼bt werden kÄ¼nnen und ohne dass dabei hÄ¼ufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte KÄ¼rperhaltungen eingenommen und GegenstÄ¼nde von Ä¼ber 5 kg gehoben oder getragen oder Arbeiten Ä¼ber der Horizontalen durchgefÄ¼hrt werden mÄ¼ssen. Weiter hat es sich um geistig einfache Arbeiten zu handeln (Urk. 7/161 S. 24 Ziff. 8.2). Die BeschwerdefÄ¼hrerin hÄ¼lt dafÄ¼r, die Umschreibung einer leidensangepassten TÄ¼tigkeit im Gutachten des Z.____ passe genau auf ihre frÄ¼here TÄ¼tigkeit als Abnehmerin (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 10). Nach einem von der BeschwerdefÄ¼hrerin dem Gericht eingereichten Rapport der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vom 3. Februar 1999 habe sie als Abnehmerin bei den Y.____ SÄ¼cke vom Fließband nehmen und einpacken mÄ¼ssen. FÄ¼r die obersten Pakete mÄ¼sse Ä¼ber die Schultern und den Kopf gelangt werden (Urk. 3/2).

Auch wenn die BeschwerdefÄ¼hrerin dies anders sieht (Urk. 1 S. 9), leuchtet es vor dem Hintergrund, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin als Abnehmerin gewisse Arbeiten Ä¼ber Kopf auszufÄ¼hren hatte, durchaus ein, dass die Gutachter des Z.____ der BeschwerdefÄ¼hrerin fÄ¼r die Arbeit als Abnehmerin eine tiefere ArbeitsfÄ¼higkeit als in einer optimal leidensangepassten TÄ¼tigkeit attestierten. Die Beurteilung der Gutachter des Z.____ ist daher nicht zu beanstanden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. H. ___ attestierte der Beschwerdeführerin seit 2004 konstant eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Bei der Beurteilung durch Dr. H. ___ handelt es sich im Vergleich zum MEDAS-Gutachten vom 25. Februar 2002 und zum Gutachten des Z. ___ vom 28. Oktober 2009 um eine abweichende Beurteilung desselben Sachverhaltes. Nach Einschätzung der Gutachter des Z. ___ ist der Beschwerdeführerin trotz der im Gutachten diagnostizierten Beschwerden in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (bei voller Stundenpräsenz) zumutbar. Während im MEDAS-Gutachten vom 25. Februar 2002 eine psychoreaktive depressive Störung nach körperlicher Erkrankung, leichten bis mittelschweren Grades, und eine psychogene Äußerlagerung festgestellt worden waren (Urk. 7/59 S. 9 Ziff. 3.1), besteht nunmehr eine mittelgradige depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in einer angepassten Tätigkeit. Die genannten Diagnosen wirken sich jedoch nicht im Sinne einer Verschlechterung auf die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus, was sich aus dem MEDAS-Gutachten vom 25. Februar 2002 und dem Gutachten des Z. ___ vom 28. Oktober 2009 ergibt. Dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht wesentlich verändert hat, ist im Übrigen mit Dr. H. ___ anzunehmen, welcher am 12. März 2009 über einen stationären Krankheitsverlauf berichtete (Urk. 7/152 S. 2 Ziff. 1.4).

6.4 Ä Ä Ä Der medizinische Sachverhalt ist nach dem Gesagten dahingehend als erstellt zu erachten, dass in einer leidensangepassten Tätigkeit seit 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % besteht.

Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

E. 7

7.1 Ä Ä Ä

7.1.1 Ä Ä Bei der Ermittlung des ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1).

7.1.2 Ä Ä Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung auf ein Valideneinkommen von Fr. 40'655.94 ab (Urk. 2 S. 2). Das Sozialversicherungsgericht hatte im Urteil vom 5. Mai 2003 gestützt auf einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) vom 5. Juli 1999 für das Jahr 2002 ein Valideneinkommen von Fr. 41'923.-- ermittelt. Dies, da im IK-Auszug ein höheres Einkommen für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Abnehmerin als von der früheren Arbeitgeberin angegeben ausgewiesen wird (Urk. 7/86 S. 6 f. E. 4.1). Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung dagegen erneut auf ein tieferes Einkommen von Fr. 37'740.-- ab, welches Einkommen sie an die seither eingetretene Lohnentwicklung anpasste (vgl. Urk. 7/163 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf das vom Sozialversicherungsgericht für das Jahr 2002 ermittelte Einkommen von Fr. 41'923.-- ist weiterhin abzustellen. Unter Berücksichtigung der seither eingetretenen Lohnentwicklung von 1.4 % im Jahr 2003, 0.9 % im Jahr 2004, 1 %

im Jahr 2005, 1.2 % im Jahr 2006, 1.6 % im Jahr 2007, 2 % im Jahr 2008 und 2.1 % im Jahr 2009 (Die Volkswirtschaft, 4-2010, S. 91 Tabelle B10.2, Die Volkswirtschaft, 7/8-2011, S. 99 Tabelle B10.2) ergibt sich für das Jahr 2009 ein Einkommen von Fr. 46'388.-- (Fr. 41'923.-- x 1.014 x 1.009 x 1.01 x 1.012 x 1.016 x 1.02 x 1.021). Als Valideneinkommen sind daher Fr. 46'388.-- zu veranschlagen.

7.2.1.1

7.2.1.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41.9 Stunden, seit 2009 von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2010 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.