

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01225 vom 23. Dezember 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01225

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01225 du 23 décembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01225 del 23 dicembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

1.2. 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 Übergangsrechtliche 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 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 15. November 2010 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.3. 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 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 Abs. 1 ATSG). Für die

Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und aller möglicher Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen konnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen konnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Gemäss Art. 28 Abs. 1 (ab 1. Januar 2008: Abs. 2) IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent invalid, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 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 oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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 auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG

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).

1.6. Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2

2.1. Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 9. März 2007 schmerzhafte Fühlstörungen beider Hände und der ulnaren Unterarme seit mehreren Jahren, wahrscheinlich multifaktorieller Genese bei leichtem bis mässigem, sensomotorischem, demyelinisierendem Karpaltunnelsyndrom rechts, Verdacht auf leichtes, sensibles demyelinisierendes Sulcus-ulnaris-Syndrom links, Verdacht auf Plexopathie beidseits, rezidivierendem, hyperakroterischem-rhagadiformem Handklemmen beidseits und Oligoarthritis und Polyarthralgien unklarer Genese (Urk. 7/26/7-8).

2.2. Die Beschwerdeführerin war vom 31. Mai bis 15. Juni 2007 im Spital A. ____, hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 15. Juni 2007 hielt das Spital A. ____, als Diagnosen (1) eine undifferenzierte Spondylarthropathie, am ehesten Spondylitis ankylosans (M. Bechterew), Erstdiagnose Juni 2007 bei (a) chronisch intermittierendem leichtem lumbovertebralem Schmerzsyndrom seit 10 Jahren, (b) anamnestic nachbetonten Schmerzen mit Morgensteifigkeit, (c) axialem Befall mit Spondylitis anterior Th 11/12, Th 12/L1, Spondylodiszitis L5/S1 und diskreter ISG-Arthritis beidseits, (d) möglichem peripheren Befall mit Status nach Oligoarthritis im März 2004, (e) HLA B27 negativ und

(f) Beginn mit TNF-Alpha-Hemmer Humira am 14. Juni 2007, (2) eine unspezifische Kollagenose mÄ¶glich bei ANA 1:160, Polyarthralgien, Status nach Oligoarthritis 2004, aktuell klinisch keine Synovitiden und Raynaud-Symptomatik seit 2004, (3) eine handschuhfÄ¶rmige HypÄ¶sthesie bis AnÄ¶sthesie der HÄ¶nde beidseits bei (a) leichtem CTS links und Sulcus ulnaris Syndrom rechts, (b) gut erhaltener Kraft, TSR beidseits fehlend, RPR links abgeschwÄ¶cht, (c) Differentialdiagnose Folge einer chronischen Handgelenksarthritidschwellung mit lokaler Neurokompression, Differentialdiagnose organisch nicht erklÄ¶rbare Ä¶berlagerung und (4) eine zweitgradige Hautverbrennung sakral nach WÄ¶rmeapplikation zu Hause. Derzeit bestehe eine 100%ige ArbeitsunfÄ¶higkeit fÄ¶r sÄ¶mtliche beruflichen TÄ¶tigkeiten. Bei positivem Ansprechen auf die aktuell begonnene Therapie mit TNF-Alpha-Blockern erwarteten sie, dass die BeschwerdefÄ¶hrerin im Laufe der kommenden Monate aus rheumatologischer Sicht zumindest eine teilweise ArbeitsfÄ¶higkeit fÄ¶r leichte, wechselbelastende TÄ¶tigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder erreichen kÄ¶nne (Urk. 7/32/10-12).

2.3Ä¶Ä¶Ä¶ Dr. Z.Ä¶ diagnostizierte mit Bericht vom 6. Juli 2007 eine mittelgradige depressive StÄ¶rung (ICD-10 F32.1), bestehend seit Januar 2006, und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, bestehend seit 2007. Die BeschwerdefÄ¶hrerin sei von Januar 2006 bis Dezember 2006 in der angestammten TÄ¶tigkeit in der Reinigung zu 50 % arbeitsunfÄ¶hig gewesen. Seit Januar 2007 bestehe eine 100%ige ArbeitsunfÄ¶higkeit. Die ArbeitsunfÄ¶higkeit sei vor allem durch die rheumatischen Schmerzen bedingt. In einer behinderungsangepassten TÄ¶tigkeit bestehe eine 50%ige ArbeitsfÄ¶higkeit (Urk. 7/31).

2.4Ä¶Ä¶Ä¶ Das Spital A.Ä¶ berichtete der Beschwerdegegnerin am 18./19 Juli 2007 und erklÄ¶rte, Auswirkungen auf die ArbeitsfÄ¶higkeit hÄ¶tten die undifferenzierte Spondarthropathie, am ehesten Spondylitis ankylosans (M. Bechterew), bestehend seit ca. Anfang 2007, die handschuhfÄ¶rmige HypÄ¶sthesie bis AnÄ¶sthesie beider HÄ¶nde, bestehend seit etwa Mitte 2003, und das chronische Handekzem im Sinne einer Berufsdermatose, welches aktuell abgeklungen sei. Ohne Auswirkungen auf die ArbeitsfÄ¶higkeit sei die zweitgradige Hautverbrennung. In der Vergangenheit sei die BeschwerdefÄ¶hrerin wegen des Handekzems arbeitsunfÄ¶hig gewesen, die aktuelle, rheumatologisch begrÄ¶ndbare ArbeitsunfÄ¶higkeit bestehe etwa ab Anfang 2007. Aktuell und voraussichtlich noch fÄ¶r mindestens drei Monate bestehe wegen den rheumatologischen Beschwerden fÄ¶r sÄ¶mtliche beruflichen TÄ¶tigkeiten eine 100%ige ArbeitsunfÄ¶higkeit. FÄ¶r die frÄ¶here TÄ¶tigkeit als Reinigungshilfe bestehe vermutlich auch eine handekzembedingte ArbeitsunfÄ¶higkeit (Urk. 7/32/1-9).

2.5Ä¶Ä¶Ä¶ Das Spital A.Ä¶ hielt mit Verlaufsbericht vom 6. Februar 2008 fest, der Gesundheitszustand der BeschwerdefÄ¶hrerin habe sich seit Juli 2007 verschlechtert. Prognostisch gesehen sei durch die Therapie mit einem TNF-Alpha-Blocker mit einer Verbesserung des Beschwerdebildes zu rechnen. Ob und in welchem Ausmass eine TeilarbeitsfÄ¶higkeit im Verlauf wieder erreicht werden kÄ¶nne, kÄ¶nne aktuell nicht vorausgesagt werden. Es solle in drei Monate eine erneute Standortbestimmung vorgenommen werden (Urk. 7/36).

2.6Ä¶Ä¶Ä¶ Die Klinik und Poliklinik fÄ¶r Innere Medizin des Spitals A.Ä¶ berichtete am 5. Juni 2008, die BeschwerdefÄ¶hrerin habe sich bei Pruritus und Brennen seit 4 Tagen selbst bei ihnen vorgestellt. Sie interpretierten den Pruritus mit der Hepatopathie am ehesten

im Rahmen einer allergischen Reaktion auf eines der Medikamente der Beschwerdeführerin. Differentialdiagnostisch sei auch primär eine Autoimmunhepatitis bei bekannt erhöhten ANA mit begleitendem Pruritus möglich. Am 6. Juni 2008 sei der Juckreiz verbessert gewesen, aber immer noch im Bereich des gesamten Körpers vorhanden. Die Gelenkbeschwerden seien unverändert. Dyspnoe, Übelkeit, Erbrechen, abdominale Beschwerden oder Dysurie lagen nicht vor. Die erhöhten Leberwerte erklärten bei fehlendem cholestatischem Bild sicher nicht den Juckreiz. Die erhöhten Werte interpretierten sie am ehesten im Rahmen der Medikation der Beschwerdeführerin. Die Leberwerte müssen engmaschig kontrolliert werden, bei Persistenz müsse allenfalls die Medikation geändert werden (Urk. 7/37).

2.7 Das Spital A.____, Rheumaklinik, berichtete der Beschwerdegegnerin am 17. Juli 2008, vom 14. Juni bis 24. August 2007 sei eine Therapie mit Humira durchgeführt worden. Diese sei im August 2007 wegen Wirkungslosigkeit sistiert worden. Nach Absetzen dieses Medikaments sei es jedoch zu erneuten massiven Beschwerden lumbal mit nachbetonten Schmerzen und Morgensteifigkeit sowie Gelenkbeschwerden gekommen. Im Januar 2008 sei diese Therapie deshalb wieder aufgenommen worden. Ergänzend sei Methotrexat (MTX) in aufsteigender Dosierung gegeben worden. Darunter habe die Beschwerdeführerin über eine leichte Regredienz der Beschwerden berichtet. Im Februar 2008 sei es zu einem akuten lumboradikulären Schmerzsyndrom L5 links mit Diskusprotrusion L5/S1 links gekommen, wobei die Beschwerden nach einem Sakralblock regredient gewesen seien. Wegen Knieschmerzen und Schwellungen im linken Kniegelenk habe sich die Beschwerdeführerin Ende Februar 2008 in ihrer Klinik vorgestellt. Klinisch sei ein Erguss, der entsprechend punktiert worden sei, fassbar gewesen. Hinweise für eine entzündliche Genese hätten nicht bestanden. Am ehesten handle es sich um eine aktivierte Arthrose. Anfang Juni 2008 sei es unter der Therapie mit MTX zu einem Anstieg der Transaminasen und generalisiertem Pruritus gekommen, weshalb die Therapie mit MTX auf 15 mg pro Woche reduziert worden sei. Darunter seien die Transaminasen regredient gewesen. Die letzte Konsultation sei am 8. Juli 2008 erfolgt. Die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Untersuchung über zunehmende Rückenschmerzen lumbal und Knieschmerzen beidseits, linksbetont, geklagt. Es beständen vor allem auch diffuse weichteilrheumatische Beschwerden mit Druckdolenz über der gesamten Wirbelsäule. Hinweise für eine radikuläre Symptomatik änden sich nicht, auch habe klinisch und laborchemisch kein Hinweis für eine entzündliche Aktivität bestanden. Prognostisch sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in den nächsten 6 Monaten wahrscheinlich nicht wesentlich verändern werde. Aufgrund der komplexen Schmerzsymptomatik und der Diskrepanz mit den klinisch erhobenen Befunden (keine entzündliche Aktivität) sei eine genaue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aktuell nicht möglich. Um das genaue Belastungsprofil zu evaluieren, sei die Beschwerdeführerin für ein Arbeitsassessment in ihrer Klinik angemeldet worden. Es habe noch keine Teilarbeitsfähigkeit erreicht werden können (Urk. 7/40).

2.8 Am 26. August bzw. 3./4. September 2008 führte das Spital A.____ ein Arbeitsassessment mit der Beschwerdeführerin durch. Das Spital A.____ hielt darüber mit Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 26. September 2008 fest, dass aufgrund der Selbstlimitierung keine genaue Aussage über die momentane funktionelle Belastbarkeit der Beschwerdeführerin gemacht werden könne. Unter Berücksichtigung der

Diagnosen sei die angestammte Tätigkeit jedoch halbtags zumutbar. Es wäre günstig, zur Erholung und um den von der Beschwerdeführerin angegebenen starken Schmerzen Rechnung zu tragen, über den Tag verteilt eine Stunde zusätzlich Pause einzulegen. Aufgrund der tiefen Belastbarkeitslimite (auch unter Berücksichtigung der Selbstlimitierung und der Grundkrankheit) sei die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar. (Mindestens) eine leichte Arbeit (Hantieren von Lasten bis 10 Kilogramm je nach Art des Hantierens) mit Wechselbelastung und vermehrten Pausen von einer Stunde über den Tag verteilt sei zumutbar. Sie würden im Falle einer abweichenden Festlegung die Beurteilung der Zumutbarkeit mittels Begutachtung unter Einbezug einer vollständigen Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen empfehlen (Urk. 7/41).

2.9 Dr. med. D. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Arbeitsmedizin, von der Abteilung Arbeitsmedizin der SUVA hielt mit Stellungnahme vom 4. Februar 2009 fest, bei der Beschwerdeführerin bestehe zurzeit ein diskretes hyperkeratotisch-rhagadiformes Handekzem mit Betonung beider Hände. Ausserdem liege eine Xerose der Haut vor. Rein hautkrankheitsbedingt sei im Rahmen der von der SUVA am 22. Februar 2005 erlassenen Nichteignungsverfügung für Tätigkeiten mit regelmässigen Nass- und Feuchtkontakten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Zusätzliche Voraussetzung sei zudem, dass ein regelmässiger Hautschutz und eine gute Hautpflege beachtet würden. Wegen des gleichzeitig bestehenden rheumatologischen Leidens bestehe jedoch offensichtlich weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/62).

2.10 Dr. Z. ____, berichtete der Beschwerdegegnerin am 2. März 2009, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtere sich. Die Beschwerdeführerin sei vermehrt wegen schmerzhaften Gelenken eingeschränkt. Sie leide sehr. Die psychosoziale Situation sei seit einigen Monaten sehr angespannt. Die rheumatologische Erkrankung sei seines Erachtens jedoch einschränkender als die psychische Störung. Die Prognose - auch von der psychischen Störung - hänge von der Entwicklung der schwierigen familiären Situation ab und wie sich die rheumatologische Erkrankung behandeln lasse (Urk. 7/49).

2.11 Der Psychiater Dr. B. ____, hielt in seinem Gutachten vom 11. Juli 2009 (Urk. 7/54) betreffend Diagnosen fest, es bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom bei rheumatologischer Erkrankung. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich eine reaktive depressive Entwicklung, anamnestisch Status nach mittelgradiger depressiver Episode, aktuell bis auf eine leichte Restsymptomatik weitgehend remittiert, beschreiben. Das Schmerzsyndrom weise einen klaren somatischen Kern auf. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft sei aufgrund des somatisch rheumatologischen Leidens eingeschränkt. Rein aufgrund des aktuellen psychopathologischen Befundes, der bis auf eine leichte depressive Restsymptomatik weitgehend bland sei, bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die leichte Begleitdepressivität aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms schränke die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht nicht ein. Das zumutbare Belastungsprofil müsse von somatisch rheumatologischer Seite erstellt werden (S. 8).

2.12 Dr. Z. ____, berichtete der Beschwerdegegnerin mit undatiertem Bericht, die letzte Kontrolle habe am 24. Februar 2010 stattgefunden. Bei der Beschwerdeführerin lägen

eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1) und ein chronisches Schmerzsyndrom vor. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit seien seines Erachtens die körperlichen Beschwerden relevant. Diese schliessen eine Arbeitsfähigkeit aus. Die psychischen Beschwerden seien schwierig zu behandeln bzw. hätten in den letzten Monaten zugenommen und sprächen kaum auf die Medikamente an. Die Beschwerdeführerin sei zur Zeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/66).

2.13 Das Spital A.____ hielt mit Bericht vom 8. April 2010 als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine undifferenzierte Spondarthropathie, am ehesten Spondylitis ankylosans (M. Bechterew) fest. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine maligne undifferenzierte Kollagenose, ein Status nach akutem lumboradikulärem Schmerzsyndrom L5 links, eine handschuhförmige Hypästhesie der Hände beidseits und ein Status nach Vitamin D-Mangel. Bei der Beschwerdeführerin bestehe seit dem Jahr 2007 eine undifferenzierte Spondarthropathie, am ehesten im Sinne eines M. Bechterew mit axialem und peripherem Befall. Eine Beherrschung der Krankheitsaktivität sei leider unter verschiedenen Basistherapeutika nicht gelungen. Hierbei seien neben MTX sämtliche drei verfügbaren TNF-Alpha-Blocker eingesetzt worden. Bei der letzten Konsultation habe die Beschwerdeführerin über eher zunehmende Beschwerden mit zum Teil atemabhängigen Schmerzen der Rippenansätze am Sternum und der BWS sowie Schmerzen an Ellenbogen, Hand- und MCP-Gelenken berichtet. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit habe sich seit der Durchführung des Arbeitsassessments nichts geändert (Urk. 7/67/6-9).

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin ging bei ihrer rentenablehnenden Verfügung vom 15. November 2010 davon aus, dass die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Reinigungsfachfrau noch zu 50 % und eine behinderungsangepasste Tätigkeit (wechselbelastend, ohne Lastenheben über 10 Kilogramm, bei vollschichtigem Pensum mit vermehrten Pausen) zu 80 % zumutbar sei. Sie stützte sich dabei in somatischer Hinsicht auf die Einschätzung des Spitals A.____ und in psychiatrischer Sicht auf das Gutachten von Dr. B.____ vom 11. Juli 2009 (Urk. 2, und Feststellungsblatt, Urk. 7/51, Urk. 7/57 und Urk. 7/70).

E. 3.2.1

Dr. B.____ stellte bei seiner Begutachtung (Urk. 7/54 und E. 2.11) fest, dass sich die Beschwerdeführerin in gebrochenem Deutsch differenziert ausdrückt. Die Beschwerdeführerin beantwortete dabei die Fragen von Dr. B.____ offen, ausführlich und kooperativ. Die Grundstimmung war ausgeglichen. Ein ausgeprägtes depressives Syndrom liess sich durch Dr. B.____ nicht eruieren. Erst nach Befragen schilderte die Beschwerdeführerin, dass sie wenig Freude habe und die chronische Schmerzsymptomatik sie zermürbe. Die Beschwerdeführerin beschrieb dabei auch eine Reizbarkeit gegenüber ihrem Ehemann. Unter antidepressiver Medikation habe sich dies zwischenzeitlich gebessert. Die affektive Modulation war nach Ansicht von Dr. B.____ erhalten. Zwischendurch lachte die Beschwerdeführerin während der Begutachtung auch. Das formale Denken war geordnet und kohärent. Dr. B.____ konnte keine Wahnhalte oder produktiv psychotische Symptome eruieren. Er stellte keine Hinweise auf Ich-Störungen oder Zwänge fest. Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis

erachtete er als klinisch nicht beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin war bewusstseinsklar, wach und allseits orientiert. Psychomotorisch sass die Beschwerdeführerin gemäß Dr. B. in der ersten Gesprächshälfte ruhig auf ihrem Stuhl. Nach etwa einviertelständiger Gesprächsdauer stand sie auf und klagte über Rückenschmerzen. In der Folge wurde das Gespräch im Stehen fortgesetzt (S. 7-8).

Es ist nachvollziehbar, dass Dr. B. anhand dieser Befunde im Begutachtungszeitpunkt aus psychiatrischer Sicht lediglich eine leichte depressive Restsymptomatik feststellen konnte und dementsprechend aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestierte. Da Dr. B. bei dieser Beurteilung sowohl seine eigenen Untersuchungen als auch die vorhandenen medizinischen Akten berücksichtigt und er sich eingehend mit anderslautenden Einschätzungen auseinandergesetzt hat, bildet sein Gutachten eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage.

E. 3.2.2

Das Spital A. erhob im Rahmen des am 26. August bzw. 3./4. September 2008 durchgeführten Arbeitsassessments (E. 2.8) folgende Befunde: ■ 35-jährige Patientin in gutem AEZ. Allseits orientiert. Rechtshänderin. Grösse 156 cm, Gewicht 56 kg. Kardiopulmonal unauffälliger Befund. Weiches und indolentes Abdomen mit normalen Darmgeräuschen. Unauffällige Hautverhältnisse. Enoral reizlos. Gelenkstatus: Leichte Synovitis Handgelenke bds., MCP Dig. II + III links sowie OSG bds., Druckdolenz Handgelenke bds., und Zehengrundgelenk links, Molarflexionsschmerz Handgelenke bds., diskretes Gännslen-Zeichen MCP-Gelenke bds. Wirbelsäule mit thorakal linkskonvexer Skoliose, Schulterhochstand links, Beckengeradstand. HWS: Normale Beweglichkeit der HWS mit Endphasenschmerz bei Flexion und Extension. KSA 0/17 cm, Schmerzlokalisation am zervikothorakalen Übergang. BWS: Ott 33/31 cm, Thoraxumfang inspiratorisch 91 cm, expiratorisch 86 cm. LWS: 2/3 eingeschränkte Flexion mit mangelnder Entlordosierung und Bewegungsschmerz tief lumbal, Schober 15/17 cm, FBA vorne 30 cm, FBA seitlich 51 cm, rechts 45 cm, Schmerzangabe bei SIG-Provokationsmanövern, positiver Feder-Test L5/S1 sowie da auch Druckdolenz über den Facettengelenken. Neurologie: Hypästhesie und Analgesie sämtlicher Finger/Hand bds., ASR links nicht auslösbar, keine Schmerzprovokation durch Nervendehnungstests, normale symmetrische Trophik, und Kraft der Muskulatur. Hinkendes Gangbild links mit Schmerzen bei Einbeinstand links. Knie links mit Erguss. Waddell-Zeichen 3 positiv (Schmerzangabe lumbal bei leichtem Druck auf Kopf, übertriebene und physiologische Schmerzdemonstration, Druckdolenz lumbal schon bei kleinster Berührung) ■ (Urk. 7/42/6). Das Spital A. führte zudem diverse Testverfahren zur Prüfung der funktionellen Belastbarkeit der Beschwerdeführerin durch. Im Rahmen dieser Tests stellte das Spital A. jedoch eine Selbstlimitierung fest. So demonstrierte die Beschwerdeführerin ein ausgeprägtes Entlastungshinken mit durchgestrecktem Bein links schon zu Beginn beim Test ■heben horizontal ■, jedoch kein Hinken während den ersten 2,5 Minuten beim 6 Minuten Gehstest. Bei der Prüfung der Handkraft ergab sich keine Glockenkurve der Handkraftwerte beidseits in den 5 getesteten Griffweiten. Beim Heben horizontal war das maximale Gewicht nicht höher als beim Heben unten. Es bestand zudem eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Beinhebetest im Liegen (ca. 60°) und im Sitzen (im Sitzen passive Kniestreckung ohne Ausweichbewegung im Becken bis fast 90° möglich). Zudem stellte das Spital A. _____

eine Diskrepanz zwischen der demonstrierten Schonung des betroffenen linken Beins und der fehlenden Muskelatrophie am linken Bein fest (Urk. 7/42/13). Das Spital A.____ wies dementsprechend daraufhin, dass aufgrund der Selbstlimitierung keine genaue Aussage über die momentane funktionelle Belastbarkeit gemacht werden könne und bei der Beurteilung der effektiven Leistungsfähigkeit medizinisch-theoretische Überlegungen hinzugezogen werden müssten. Das Spital A.____ kam dabei zum Schluss, dass mindestens eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit (Hantieren von Lasten bis 10 Kilogramm je nach Art des Hantierens) mit einer zusätzlichen Pause von einer Stunde über den Tag verteilt ganztags zumutbar sei (Urk. 7/42/3-4). Auch wenn die Angaben des Spitals A.____ in Bezug auf die angestammte Tätigkeit widersprüchlich sind - so nennt das Spital A.____ sowohl eine 50%ige wie auch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/42/13) - so ist die 100%ige Arbeitsfähigkeit mit der Notwendigkeit von 1 Stunde zusätzlicher Pause in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ohne Weiteres nachvollziehbar. Das Spital A.____ erklärt dabei schlüssig, weshalb nicht einfach auf die von der Beschwerdeführerin erzielten Testergebnisse abgestellt werden kann. Das Spital A.____ bestätigte zudem seine Einschätzung mit Bericht vom 8. April 2010 und hielt dabei fest, dass sich seit der Durchführung des Arbeitsassessments keine Änderung ergeben habe (Urk. 7/67/8 und E. 2.13).

E. 3.2.3

Dr. Z.____ attestierte der Beschwerdeführerin demgegenüber mit Bericht vom 6. Juli 2007 in einer behinderungsangepassten Tätigkeit lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (E. 2.3). Im Bericht vom 2. März 2009 äusserte sich Dr. Z.____ nicht explizit zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, er bezeichnete deren Gesundheitszustand jedoch als verschlechtert (E. 2.10). Aus dem Bericht von Dr. Z.____ vom 6. Juli 2007 geht hervor, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin überwiegend durch die körperlichen Beschwerden bedingt ist. Da Dr. Z.____ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist, vermag seine Einschätzung hinsichtlich der somatischen Beschwerden die Einschätzung des Spitals A.____ jedoch nicht in Frage zu stellen. Auch wenn unter Umständen vorübergehend tatsächlich zusätzlich eine psychische bedingte 50%ige Arbeitsunfähigkeit für eine körperliche adaptierte Tätigkeit bestanden hat, so lässt sich deren Ausmass und Dauer aufgrund der fehlenden ärztlichen Betreuung nicht mehr feststellen. Aus der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nur unregelmässig und in grossen Abständen zur Therapie erschienen war, lässt sich zudem schliessen, dass sie nur einen geringen Leidensdruck verspürt hat. Im Bericht, welcher im Nachgang zum Vorbescheid eingeholt wurde, hält Dr. Z.____ wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit fest (Urk. 7/66). Er weist jedoch auch in diesem Bericht daraufhin, dass seines Erachtens die körperlichen Beschwerden relevant für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien. Insgesamt vermögen daher die Berichte von Dr. Z.____ die Einschätzung des Spitals A.____ und von Dr. B.____ nicht in Frage zu stellen.

E. 3.2.4

Die Einschätzung des SUVA-Arztes Dr. D.____, dass die Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit hautkrankheitsbedingt nicht mehr ausüben kann (E. 2.9), ist ohne Weiteres nachvollziehbar. Die mit dieser Erkrankung verbundenen Einschränkungen sind dementsprechend auch bei einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu berücksichtigen.

E. 3.2.5

Nach dem Gesagten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Hieran vermag das von der Beschwerdeführerin angeführte Carpal-tunnelsyndrom (CTS) nichts zu ändern, ist ein solches doch grundsätzlich ohne Weiteres behandelbar, daher nur von vorübergehender Natur und damit nicht invalidisierend. Es besteht daher kein Anlass, weitere Abklärungen vorzunehmen. Zudem gilt es zu beachten, dass nicht, wie die Beschwerdegegnerin festhielt, noch eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten ausgewiesen ist, sondern eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei lediglich die Notwendigkeit besteht, eine Stunde zusätzlich Pause einzulegen. Hieraus resultiert jedoch nicht wie von Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der Beschwerdegegnerin ohne weitere Begründung festgehalten, eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/51), sondern vielmehr eine rund 90%ige Arbeitsfähigkeit.

E. 4

4.1 Zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben sind. Der hypothetische Rentenbeginn ist in dem Zeitpunkt, in welchem die Beschwerdeführerin während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen war und sich daran eine Erwerbsunfähigkeit in mindestens gleicher Höhe anschliesst (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Beschwerdeführerin ist bereits seit dem Jahr 2001 in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 7/20). Da sie sich im Juni 2007 zum Rentenbezug angemeldet hat, ist der hypothetische Rentenbeginn im Jahr 2006 (Art. 48 Abs. 2 IVG in der bis am 31. Dezember 2007 gültigen Fassung). Massgebend für den Einkommensvergleich ist somit das Jahr 2006.

4.2 Während die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Valideneinkommens auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik abstellte, beantragt die Beschwerdeführerin, es sei ihr zuletzt erzieltetes Einkommen als Grundlage zu nehmen. Es ist indes nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen berechnet hat, da die Beschwerdeführerin nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit während mehreren Jahren keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat, obwohl ihr dies ohne Weiteres möglich gewesen wäre. Wie nachfolgend zu zeigen ist, hätte die Beschwerdeführerin jedoch auch dann keinen Rentenanspruch, wenn auf das von ihr zuletzt erzielte Einkommen abgestellt würde. Gemäss IK-Auszug erzielte die Beschwerdeführerin im letzten Jahr ihrer (uneingeschränkten) Arbeitstätigkeit im Jahr 2000 in der Zeit von Februar (Januar 2000: Bezug von Arbeitslosenentschädigung) bis Dezember ein Einkommen von Fr. 58'849.--, was aufgerechnet auf ein ganzes Jahr ein Einkommen von Fr. 64'198.90 (Fr. 58'849.-- : 11 x 12) ergibt (Urk. 7/30). In Anpassung an die Nominallohnentwicklung resultiert für das Jahr 2006 ein Einkommen von Fr. 70'024.25 (Fr. 64'198.90 : 106.9 x 116.6; Nominallohnindex des Bundesamtes für Statistik, Total). Bei einer Berechnung des Invalideneinkommens gemäss Tabellenlohn ist auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik des Jahres

2006 abzustellen. Hieraus ergibt sich für Arbeitnehmerinnen des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) im privaten Sektor ein Bruttomonatslohn von Fr. 4'019.-- (Tabelle TAI S. 25). In Anbetracht der betrieblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2006 für alle Sektoren von 41,7 Stunden (vgl. Die Volkswirtschaft 11 - 2011 S. 94, Tabelle B 9.2) ergibt dies ein Jahreseinkommen für das Jahr 2006 von Fr. 50'277.70 (Fr. 4'019.-- x 12 : 40 x 41.7) für ein 100%-Pensum.

4.3. Bei der Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person steht. Abt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt, 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, wie von der Beschwerdegegnerin gemacht, Tabellenlöhne beigezogen werden (BGE 126 V 76 Erw. 3). Wie oben ausgeführt, ergibt sich aus dem Tabellenlohn für das Jahr 2006 ein Einkommen von Fr. 50'277.70 (Fr. 4'019.-- x 12 : 40 x 41.7) für ein 100%-Pensum und bei einer 90%igen Arbeitsfähigkeit ein solches von Fr. 45'249.95 (Fr. 50'277.70 x 0.9). Es besteht kein Anlass, bei vollzeitlich mit reduzierter Leistungsfähigkeit tätigen Versicherten regelmässig eine über die Einschränkung der Leistungsfähigkeit hinaus gehende, überproportionale Lohneinbusse anzunehmen und beim leidensbedingten Abzug - oder mit einem solchen - zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts i.S. vom 5. Juni 2008, 9C_344/2008, E. 4). Da der Beschwerdeführerin noch eine weite Palette von möglichen Tätigkeiten offen steht, ist daher kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Das Invalideneinkommen beläuft sich demzufolge auf Fr. 45'249.95.

4.4. Bei einer Berechnung des Valideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen resultierte somit bei einem Valideneinkommen von Fr. 50'277.70 und einem Invalideneinkommen von Fr. 45'249.95 eine Erwerbseinbusse von Fr. 5'027.75 und damit ein Invaliditätsgrad von 10 % (Fr. 5'027.75 : Fr. 50'277.70). Wenn - wie von der Beschwerdeführerin beantragt - das Valideneinkommen anhand ihres zuletzt erzielten Einkommens berechnet würde, ergebe sich bei einem Valideneinkommen von Fr. 70'024.25 eine Erwerbseinbusse von Fr. 24'774.30 (Fr. 70'024.25 - Fr. 45'249.95) und ein Invaliditätsgrad von 35 % (Fr. 24'774.30 : Fr. 70'024.25).

4.5. Nach dem Gesagten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen kann, weshalb sie keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Bei dieser Sachlage kann offen bleiben, ob überhaupt eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der rentenablehnenden Verfügung vom 8. April 2005 vorliegt. Die Beschwerde erweist sich jedenfalls als unbegründet und ist abzuweisen.

5. 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) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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:

- Rechtsanwalt Dominique Chopard
- 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.