

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00352 vom 30. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00352](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00352)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00352 du 30 novembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00352 del 30 novembre 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Die 1957 geborene X.\_\_\_\_\_

meldete sich im Februar 1999 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wies daraufhin mit Verfügung vom 5. Oktober 1999 das Leistungsbegehren ab (Urk. 7/7).

1.2. Nach einer im Oktober 2004 erfolgten Neuanschuldung (Urk. 7/10) und nach Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse wies die IV-Stelle den Rentenanspruch von X.\_\_\_\_\_

mit Einspracheentscheid vom 7. Juni 2005 erneut ab (Urk. 7/38). Die dagegen erhobene Beschwerde vom 13. Juli 2005 (Urk. 7/41/3-9) wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 13. September 2006 (IV.2005.00819) in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Entscheid vom 7. Juni 2005 (Urk. 7/38) aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wurde, damit diese - nach erfolgten Abklärungen - über den Rentenanspruch von X.\_\_\_\_\_ neu verfährt (Urk. 7/46/4). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine medizinische Abklärung bei der Y.\_\_\_\_\_ am Universitätsspital Z.\_\_\_\_\_, welche am 23. Januar 2008 ihr Gutachten erstattete (gezeichnet: Dr. med. A.\_\_\_\_\_, [fallverantwortlicher] Facharzt FMH für Neurologie, Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, und Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie [Urk. 7/67/1-18]; samt neurologischem Fachgutachten von Dr. A.\_\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2007 [Urk. 7/67/19-24] und psychiatrischem Fachgutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2007 [Urk. 7/67/25-33]). Gestützt darauf und nach weiteren erwerblichen Abklärungen sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 6. November 2009 rückwirkend ab 1. August 2004 - nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 50 % - eine halbe Rente zu (Urk. 7/99; siehe auch Feststellungsblatt vom 23. Juni 2009 [Urk. 7/84]).

1.3. Im Juni 2010 führte die IV-Stelle eine revisionsweise Überprüfung des Rentenanspruchs durch. Nach Einholung von Auskünften der behandelnden Ärzte (Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin [Bericht vom 16. August 2010, Urk. 7/105] sowie der Dres. med. E.\_\_\_\_\_, Oberarzt, und F.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin, Klinik G.\_\_\_\_\_, Ambulatorium H.\_\_\_\_\_ [Bericht vom 22. Oktober 2010, Urk. 7/108]) wurde der Versicherten mit Vorbescheid vom 10. November 2010 die Abweisung ihres Gesuchs um Erhöhung der Invalidenrente in Aussicht gestellt (Urk. 7/113; vgl. auch Feststellungsblatt vom 10. November 2010 [Urk. 7/111]). Nach Kenntnisnahme des dagegen am 13. Dezember 2010 erhobenen Einwands (Urk. 7/114; mit Begründungen vom 20. Januar 2011 [Urk. 7/117])



1.3 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

1.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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 würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 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 präferend nachvollziehen kann, ob die Expertin oder der Experte nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 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.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

## E. 2

2.1 Ä Ä Ä Ä Streitig und zu beurteilen ist die revisionsweise Abweisung des Rentenerhöhungsgesuchs der Beschwerdeführerin beziehungsweise die Bestätigung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf die bisherige halbe Rente.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bezüglich der auferlegten Schadenminderungspflicht ist auf die Beschwerde nicht einzutreten, nachdem die strittige Massnahme weder Gegenstand des Dispositivs der den Rentenanspruch bestreitenden Verfügung vom 28. Februar 2011 ist noch eine Anordnung im Sinne von Art. 49 Abs. 1 ATSG darstellt. Frühestens mit der schriftlichen Mahnung (und dem Hinweis auf die Rechtsfolgen) sowie mit der Einräumung einer angemessenen Bedenkzeit könnte eine solche Anordnung vorliegen (vgl. zum Ganzen Bundesgerichtsurteile 9C\_816/2008 vom 12. März 2009 E. 3.3 und 9C\_679/2011 vom 19. Oktober 2011 E. 2 mit Hinweisen).

2.2 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene, den Anspruch auf eine höhere als die bisherige halbe Rente verneinende Verfügung damit, dass bei der Beschwerdeführerin gemäss den medizinischen Abklärungen von einem annähernd unveränderten Gesundheitszustand ausgegangen werden könnte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe, wobei sie insbesondere auf die von ihr eingereichten letzten Berichte der behandelnden Ärzte verweist (Bericht von Dr. D. \_\_\_ vom 25. Januar 2011 [Urk. 7/118/1], Bericht von PD Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, Zentrum K. \_\_\_, vom 19. Mai 2010 [Urk. 7/105/5-6] sowie Austrittsbericht der Ärzte des Spitals H. \_\_\_ vom 28. Februar 2011 [Urk. 3/2]).

## E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung ist vorliegend die - auf einer medizinischen Begutachtung (Urk. 7/67)

basierende - rechtskräftige Verfügung vom 6. November 2009 (Urk. 7/99). Laut dem polydisziplinären (neurologischen, internistischen und psychiatrischen) Y. \_\_\_-Gutachten vom 23. Januar 2008 wurden seinerzeit folgende Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) erhoben (Urk. 7/67/14):

- depressive Episode leichten bis mittleren Grades (ICD-10 F32.0-1)
- generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)
- Dysthymie (ICD-10 F34.1)
- Persönlichkeitsstörung vom abhängigen, depressiv-narzisstischen Typ bei Frühverwahrlosung als Kleinkind (ICD-10 F61.0 und Z61.0,1,2,3,6,7)
- mäßig ausgeprägtes rechtsbetontes Zervikalsyndrom mit radikulärer Reiz- und Ausfallsymptomatik die Wurzel C6 betreffend, degenerativen HWS-Veränderungen und mediolateraler zervikaler Diskushernie C5/6 rechts mit Kompression der Wurzel C6 (MR HWS vom 2.5.2005)
- mäßig ausgeprägtes rechtsbetontes Lumbovertebralsyndrom sowie intermittierende radikuläre Reiz- und Ausfallsymptomatik die Wurzel L5 rechts betreffend bei degenerativen LWS-Veränderungen sowie Diskushernie L5/S1 rechts

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daraus resultiere insgesamt eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster (aktueller) Tätigkeit (vgl. Urk. 7/67/17).

3.2 Ä Ä Ä Ä Im Bericht des seit 1992 behandelnden Hausarztes Dr. D. \_\_\_ vom 16. August 2010 (Urk. 7/105/1-4) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- chronisches lumbovertebrales und lumbospondylogenes Syndrom rechts bei Haltungsinsuffizienz und mäßigen degenerativen LWS-Veränderungen mit Diskushernie L5/S1 rechts (rheumatologische Beurteilung 3/04)
- 10/07 zudem Zeichen einer radikulären Reiz- und sensiblen Ausfallsymptomatik der Wurzel L5 rechts
- chronisches zervikobrachiales Syndrom rechts mit 5/10 pseudoradikulärem Ausfallsmuster C8 ohne objektive Befunde und ohne klinische Hinweise für untere Plexusparese (neurologische Beurteilung 5/10)
- persistierende Nackenschmerzen sowie radikuläres Reizsyndrom C6 bei medialer zervikaler Diskushernie C5/C6 rechts sowie Status nach HWS-Distorsion 28.10.2004 (neurologische Beurteilung 5/05)
- Persönlichkeitsstörung vom abhängigen, depressiv-narzisstischen Typ bei Frühverwahrlosung als Kleinkind
- rezidivierende depressive Störung
- generalisierte Angststörung
- Dysthymie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die aktuellen Symptome beziehungsweise den aktuellen Zustand (Urk. 7/105/3 Ziff. 1.4) wies Dr. D. \_\_\_ auf den Bericht von Dr. J. \_\_\_ vom 19. Mai 2010 (Urk. 7/105/5-6) hin, zu welchem er bemerkte, dass die neurologische Abklärung

des zervikobrachialen Syndroms rechts keine weiteren Aspekte hervorgebracht habe. Die Arbeitsfähigkeit Beurteilung von Dr. D. \_\_\_ lautet dahin, dass weiterhin eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe. Wegen Schmerzexazerbationen im Nacken-Arm-Bereich sei die Beschwerdeführerin allerdings vom 12. bis 21. Mai 2010 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 7/105/3 Ziff. 1.6). Sie arbeite als Lageristin in einer Medikamentendistributionsfirma und müsse dabei mehrstündig Medikamente richten und Palette vom Lastwagen entladen (mit einer Ameise, Urk. 7/105/3 Ziff. 1.7). Mit einem zeitlichen Pensum von 50 % sei sie dieser Anforderung knapp gewachsen. Wechselbelastungen würden sich als günstiger erweisen als langes Stehen und/oder Sitzen. Von einer Arbeitsfähigkeit als Floristin könne 30 Jahre nach der letzten Tätigkeit in diesem Beruf nicht mehr ausgegangen werden; insbesondere wäre dort eine Wechselbelastung noch weniger möglich. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht noch im zeitlichen Rahmen von 50 % zumutbar. Dabei bestehe innerhalb der zeitlichen Einschränkung von 50 % keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit.

3.3.3 Der Neurologe PD Dr. J. \_\_\_ hielt am 19. Mai 2010 als fachgebietsspezifische Diagnose ein chronifiziertes zervikales und lumbospondylogenes Syndrom seit mindestens 2004 mit aktuell pseudoradikulärem Ausfallsmuster C8 ohne objektive Befunde und ohne klinische Hinweise für eine untere Plexusparese fest. Nach einem anamnestisch leichten Schädel-Hirntrauma Ende Januar 2010 sei es zu einer Akzentuierung des zervikalen Schmerzsyndroms mit ulnarbetonter Ausstrahlung gekommen (vgl. Urk. 7/105/5-6). In seiner Beurteilung hielt Dr. J. \_\_\_ fest, für die seit Januar 2010 akzentuierten Beschwerden von Seiten des chronifizierten, rechtsbetonten Zervikalsyndroms finde sich im heutigen klinischen Untersuchung bei deutlicher Überlagerung kein neurologisches Korrelat. Das Vorliegen eines reinen Reiz- und leichten sensiblen Ausfallsyndroms sei trotzdem möglich, wobei es zumindest etwas auffällig sei, dass das vormals beschriebene C6-Syndrom sich mittlerweile in ein C8-Syndrom rechts umgewandelt haben soll. Bezüglich des unspezifischen Schwindels würden sich keine Hinweise für eine organische Ursache finden. Die Kausalität der aktuellen Beschwerden mit dem anamnestisch geschilderten leichten Schädel-Hirntrauma Ende Januar 2010 erscheine fraglich.

3.4.4 Die seit 24. Februar 2010 behandelnden G. \_\_\_-Ärzte Dres. E. \_\_\_ und F. \_\_\_ hielten in ihrem Bericht vom 22. Oktober 2010 als (fachgebietsspezifische) Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit Jahren bestehende rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.0), eine Dysthymie (ICD-10 F43.1, Differentialdiagnose), anamnestisch eine seit ungefähr zehn Jahren bestehende generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie eine Persönlichkeitsstörung vom abhängigen depressiv-narzisstischen Typ bei Frühverwahrlosung als Kleinkind (ICD-10 F61.0) fest (Urk. 7/108/10 Ziff. 1.1). Anamnestisch gaben die G. \_\_\_-Ärzte an (Urk. 7/108/11-12 Ziff. 1.4), die Beschwerdeführerin habe eine chronifizierte Verschiebung der Grundstimmung zum depressiven Pol hin beschrieben. Sie erlebe regelmäßig Phasen mit Niedergeschlagenheit, Verlust der Funktionalität im Alltag (Haushalt, Arbeit), Antriebsmangel und eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit mit Wortfindungsstörungen. Im vergangenen Jahr sei sie aufgrund depressiver Phasen zwei Mal über zwei Wochen arbeitsunfähig gewesen. Insgesamt erlebe die Beschwerdeführerin in ein- bis zweiwöchentlichen Abständen mehrere Tage mit

deutlicher Niedergestimmtheit und Rückzugstendenz. Sie könne dabei auch mürisch und launisch sein. Zudem habe die Beschwerdeführerin über chronische Durchschlafstörungen sowie passive Todeswünsche berichtet; 1996 sei ein Suizidversuch erfolgt. Die Beschwerdeführerin habe eine bewegte, teils traumatische Lebensgeschichte. Sie sei zweifache Mutter und vierfache Grossmutter. Seit 2000 sei sie mit ihrem jetzigen Lebensgefährten liiert, welche Beziehung die Beschwerdeführerin als stabil bezeichnet habe. Seit acht Jahren sei sie in einem Lager beschäftigt, wo sie nichts heben müsse; dennoch leide sie häufig unter Erschöpfung, da sie weite Wege zurücklegen müsse. Mit den Ängsten, die seit zehn Jahren vorhanden seien und welche unvermittelt ein- bis zweimal pro Monat auftreten, könne sie umgehen. Ein bis zweimal pro Monat komme es zu impulsiven Ausbrüchen. Die Schmerzen seien abwechselnd einmal im Hintergrund und einmal fast unerträglich. Da sie keine Schwäche zeigen könne und auch bei der Arbeit eine Fassade aufrechterhalte, sei ihr Leidensdruck oft schwer vermittelbar. So falle es ihr dann oft schwer, sich gegenüber Belastungen abzugrenzen und eigene Anliegen in Bezug auf ihre Gesundheit durchzusetzen. In ihrem Befund erwähnten die G.\_\_\_\_-Ärzte (Urk. 7/108/12), die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Mnestic und Auffassung seien ohne Auffälligkeiten, die Konzentration sei leichtgradig eingeschränkt. Phasenweise traten diffuse Ängste auf. Es bestehe kein Anhalt für Zwänge und es beständen keine Hinweise auf eine wahnhafte Symptomatik. Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien nicht eruierbar. Es bestehe eine Affektlabilität mit abends tendenziell schlechterer Stimmung und eine innere Unruhe und Angespanntheit. Angesichts der finanziellen Situation leide die Versicherte unter Zukunftsängsten. Äberdies beständen Insuffizienz- und Schuldgefühle gegenüber ihren Kindern. Aktuell bestehe kein Anhalt für Suizidalität. In ihrer Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit gaben die Dres. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % im zuletzt ausgeübten Beruf an (Urk. 7/108/12-13 Ziff. 1.6).

3.5 Mit Schreiben vom 10. Januar 2011 (Urk. 7/116) teilten die Dres. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ mit, dass die von ihnen (am 22. Oktober 2010) angegebene Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit von maximal 50 % derzeit als zu hoch angesetzt erscheine. Die G.\_\_\_\_-Ärzte führten aus, der Beschwerdeführerin falle es schwer, sich für eigene Belange einzusetzen; teils verschweige sich auch Probleme, grenze sich schlecht ab und neige zu Überforderung, da sie befürchte, wenn sie Schwäche zeige, ihren Arbeitsplatz zu riskieren, welches Verhalten die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erschwere. In den vergangenen zwei Monaten hätten die körperlichen Beschwerden zugenommen und es sei zu wiederholten Krankenschreibungen durch den Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_ gekommen. Damit seien eine erneute Verstärkung der depressiven Symptomatik und eine Zunahme der Schlafstörungen einhergegangen. Zudem habe die Beschwerdeführerin über einen seit Monaten bestehenden übermässigen Alkoholkonsum an den Wochenenden im Sinne eines Alkoholabhängigkeitssyndroms mit episodischem Substanzgebrauch (ICD-10 F10.26) berichtet, was als Reaktion auf die diversen psychosozialen Belastungen in ihrem Umfeld und möglicherweise auch durch ihre traumatische Vorgeschichte mitbedingt anzusehen sei. Angesichts dieser Sachlage erscheine aus psychiatrischer Sicht die Beibehaltung eines Arbeitspensums von mehr als 30 % einer Stabilisierung ihres psychischen Zustandes nicht zuträglich. Zudem seien die weiteren behandelnden Ärzte zum Grad der Einschränkung durch körperliche Leiden zu befragen.

3.6. Der RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 3. Februar 2011 aus (Urk. 7/120/2-3), dass im aktuellen (neu eingereichten) psychiatrischen Bericht der G. \_\_\_-Ärzte Dres. E. \_\_\_ und F. \_\_\_ vom 10. Januar 2011 neben den erwähnten depressiven Symptomen neu ein Alkoholabhängigkeitssyndrom mit episodischem Substanzgebrauch diagnostiziert worden sei mit insgesamt resultierender 30%iger Arbeitsfähigkeit. Zudem sei im Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 20. Januar 2011 mitgeteilt worden, dass die weitere Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen als hochgradig gefährdet zu beurteilen sei. Der RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ hielt fest, die somatische Komponente sei bereits im Bericht von Dr. J. \_\_\_ vom 19. Mai 2010 (Urk. 7/105/5-6) ausreichend und unter Berücksichtigung der aktuellen funktionellen Einschränkungen abgeklärt worden. Dabei verwies Dr. I. \_\_\_ auf seine frühere Stellungnahme vom 2. November 2010 (Urk. 7/111/3), gemäss welcher von einem annähernd unveränderten Gesundheitszustand sowie von einer (unveränderten) 50%igen Arbeitsfähigkeit (für alle in Frage kommenden Tätigkeiten entsprechend der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_, Praktischer Arzt FMH, vom 18. Februar 2008; Urk. 7/84/2-3) auszugehen sei. Sodann erklärte Dr. I. \_\_\_ in Bezug auf die letzte Stellungnahme der G. \_\_\_-Ärzte vom 10. Januar 2011, dass das vorliegend (neu eingereichte) Arztzeugnis aus versicherungsmedizinischer Sicht teilweise nicht schlüssig sei. Auf psychiatrischem Fachgebiet werde darin eine längere depressive Reaktion postuliert, wobei allerdings in vermehrtem Umfang auch subjektive Beschwerden einfließen würden. Zudem würden zahlreiche psychosoziale und damit IV-fremde Faktoren der Genese der Beschwerden zugrunde gelegt. Die letztlich formulierten Diagnosen würden aus versicherungsmedizinischer Sicht keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Arbeitsumfeld begründen. Überdies liege zweifelsfrei eine Abhängigkeitserkrankung vor, die als solche IV-fremd sei. Inwieweit neben dieser Abhängigkeit andere psychiatrische Erkrankungen zunehmend relevant seien, könne nicht entschieden werden; zunehmende depressive Symptome träten im Rahmen von Missbrauch oder Abhängigkeit häufig auf.

3.7. Mit neuem Bericht vom 25. Januar 2011 (Urk. 7/118/1 [samt erneut eingereichtem neurologischem Bericht von Dr. J. \_\_\_ vom 19. Mai 2010, Urk. 7/118/2-3 = 7/105/5-6]) teilte Dr. D. \_\_\_ mit, dass sich seine (frühere) Einschätzung vom 16. August 2010 (Urk. 7/115) als zu optimistisch erwiesen habe. Sie sei beeinflusst gewesen von der stets hohen Motivation der Beschwerdeführerin, ihren Arbeitsplatz zu behalten. Bei der Arbeit als Lageristin komme es seit einem Jahr häufig zu Dekompensationen spondylogener Schmerzen im Bereich der HWS und LWS mit Ausstrahlungen in die Extremitäten. Zudem würden seit November 2010 Arthralgien in den Händen und Handgelenken auftreten, wobei bisher keine Hinweise für einen entzündlichen Rheumatismus gefunden worden seien. Trotz Medikation mit Schmerzmitteln sowie wiederholten physiotherapeutischen Behandlungen habe die Beschwerdeführerin im Jahr 2010 vier Mal für kürzere Episoden vollständig krankgeschrieben werden müssen. Seit 21. Januar 2011 sei sie erneut voll arbeitsunfähig, wobei eine psychische Dekompensation im Vordergrund stehe. Die Beschwerdeführerin sei sehr angespannt, fähig-zittrig und besorgt wegen des in letzter Zeit zunehmenden Alkoholkonsums. Seines Erachtens könne die Beschwerdeführerin, verlässlich abrufbar, nur noch eine 25%ige Leistungsfähigkeit erzielen (siehe auch Arbeitsunfähigkeits-Zeugnis vom 21. Januar 2011, Urk. 3/4).

3.8. Der RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ erklärte daraufhin in seiner letzten Stellungnahme (vom 17. Februar 2011, Urk. 7/120/4), dass im neuen Arztbericht von Dr. D. \_\_\_ vom 25. Januar 2011 über eine psychische Dekompensation berichtet werde, die wiederum mit in letzter Zeit zunehmendem Alkoholkonsum einhergehe. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei an der bisherigen RAD-ärztlichen Beurteilung festzuhalten.

3.9. Vom 14. bis 23. Februar 2011 hielt sich die Beschwerdeführerin im Spital H. \_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 28. Februar wurden als Diagnosen ein lumboradikuläres Reizsyndrom, bei bekannten multiplen zervikalen und lumbalen Diskushernien, sowie Bandscheibenprolapse der HWS und BWS (Nebendiagnosen) angegeben (Urk. 3/2). Die Spitalärzte führten aus, die Beschwerdeführerin habe sich am 14. Februar 2011 bei starken Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine notfallmäßig vorgestellt. Anamnestisch seien multiple Diskushernien bekannt. Klinisch habe bei Eintritt eine verminderte Sensibilität an der Aussenseite des linken Beines im Bereich des Dermatoms L5/S1 sowie eine verminderte Kraft in beiden Beinen bestanden. Aufgrund der neurologischen Klinik sei eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden, welche im Vergleich zur MRI-Untersuchung in der Klinik von 2003 (in der Klinik M. \_\_\_) keine wesentlichen Veränderungen gezeigt habe. Unter Analgesie habe sich eine Regredienz der Schmerzen gezeigt. Physiotherapeutisch sei eine Stabilisation der Muskulatur angestrebt worden. Die Beschwerdeführerin habe am 23. Februar in gebesserten Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (Urk. 3/2).

4. Gestützt auf die umfassenden und plausiblen ersten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte (Bericht von Dr. D. \_\_\_ vom 16. August 2010 [Urk. 7/105/1-4] und Bericht der G. \_\_\_-Ärzte Dres. E. \_\_\_ und F. \_\_\_ vom 22. Oktober 2010 [Urk. 7/108]) sowie aufgrund der nachvollziehbaren Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ ist - entsprechend der von der Beschwerdegegnerin vertretenen Auffassung - eine unveränderte Arbeits(un)fähigkeit von insgesamt 50 % in der bisherigen Tätigkeit anzunehmen. Sofern der Hausarzt Dr. D. \_\_\_ von einer physisch bedingten früheren Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgehen sollte (vgl. Urk. 7/105/3 Ziff. 1.7), würde seine Einschätzung lediglich eine im Vergleich zum Y. \_\_\_-Gutachten vom 23. Januar 2008 unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen des früheren Gesundheitszustandes darstellen (vgl. Urk. 7/67/17 Ziff. 7.2). Was sodann die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eingereichten neuen Berichte angeht, in welchen neu eine Arbeitsfähigkeit von 25% (Bericht von Dr. D. \_\_\_ vom Bericht vom 25. Januar 2011 (Urk. 7/118/1) beziehungsweise 30 % (Bericht der G. \_\_\_-Ärzte Dres. E. \_\_\_ und F. \_\_\_ vom 10. Januar 2011, Urk. 7/116) attestiert wurde, ist in Übereinstimmung mit dem RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ festzustellen, dass zu dieser Zeit eine psychische Dekompensation im Vordergrund stand (vgl. Urk. 7/118/1) und ein Alkoholabhängigkeitssyndrom mit episodischem Substanzgebrauch (ICD-10 F10.26) diagnostiziert wurde (vgl. 7/116, siehe auch Urk. 7/118/1). Die geklagten psychischen Beschwerden führten die G. \_\_\_-Ärzte auf psychosoziale Faktoren - wie Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes - zurück (vgl. Urk. 7/116; siehe auch Angabe von Zukunftsängsten angesichts der finanziellen Situation in Urk. 7/108), womit - wie RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ festhielt - kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt (vgl. E. 1.2.2 hievon). Soweit von 14. Februar bis 6. März 2011 (Hospitalisation vom 14. bis 23. Februar 2011) eine insbesondere durch das lumboradikuläre Reizsyndrom bedingte (vgl. Urk. 3/2) häre vollere Arbeitsunfähigkeit bestand, war sie nur von kurzzeitiger Natur (vgl. Urk. 3/3). Vor

diesem Hintergrund, und da sich auch aus dem Bericht des Neurologen Dr. J. \_\_\_ vom 19. Mai 2010 (Urk. 7/105/5-6) nichts anderes ergibt (vgl. etwa auch entsprechende WÃ¼rdigung von Dr. D. \_\_\_ vom 16. August 2010 [Urk. 7/105/3 Ziff. 1.4]), ist der medizinische Sachverhalt fÃ¼r die vorliegend zu beantwortenden Fragen als erstellt zu betrachten, und es sind von ergÃ¤nzenden medizinischen AbklÃ¤rungen keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte BeweiswÃ¼rdigung, BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). Zusammenfassend ist von einer in physischer und psychischer Hinsicht unverÃ¤nderten ArbeitsfÃ¤higkeit von 50 % in der bisherigen TÃ¤tigkeit auszugehen.

5. Â Â Â Â Â Â Beim Einkommensvergleich ging die Verwaltung von einem unbestrittenen Validen- und Invalideneinkommen von Fr. 75'000.-- respektive Fr. 34'190.-- aus, was einen InvaliditÃ¤tsgrad von 54 % ergibt, gemÃ¤ss welchem Anspruch auf eine halbe Rente besteht. Die angefochtene RentenverfÃ¼gung erweist sich damit als rechtmÃ¤ssig.

6. Â Â Â Â Â Â Die Verfahrenskosten gemÃ¤ss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemÃ¤ss der BeschwerdefÃ¼hrerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2. Â Â Â Â Â Â Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der BeschwerdefÃ¼hrerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Â Â Â Â Â Â Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Heinz O. Haefele

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÃ¼rich, IV-Stelle

- Bundesamt fÃ¼r Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Â Â Â Â Â Â 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 Ã¼ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wÃ¤hrend 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).

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

Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÃ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des BeschwerdefÃ¼hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÃ¤nden hat (Art. 42 BGG).

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