

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00905 vom 22. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00905

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00905 du 22 avril 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00905 del 22 aprile 2013

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdeführerin begründete die Verneinung eines Leistungsanspruchs dergestalt, als die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit zwar zu 20 % eingeschränkt, ihr eine leidensangepasste Beschäftigung jedoch vollumfänglich zumutbar sei. Damit bestehe mangels Invaliditätsgrads kein Anspruch auf eine Rente (Urk. 1). Ergänzend hielt sie fest, die diagnostizierte Dysthymie komme für sich allein nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. Im Übrigen habe der psychiatrische Gutachter festgestellt, dass die Beschwerdeführerin über genügend Ressourcen verfüge, um die somatoforme Schmerzstörung zu überwinden (Urk. 7).

1.2 Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, auf die Einschätzung des rheumatologischen Gutachters Dr. D. könne mangels Nachvollziehbarkeit beziehungsweise Begründetheit nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 6), weshalb sich angesichts der Attestierung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. Y. eine Oberexpertise aufdränge (Urk. 1 S. 8). Was sodann die vom psychiatrischen Experten Dr. E. gestellte Diagnose einer nicht invalidisierenden Dysthymie betreffe, sei diese nicht nachvollziehbar, leide die Beschwerdeführerin nach Ansicht des behandelnden Rheumatologen doch an einer invalidisierenden Depression (Urk. 1 S. 9). Schliesslich habe der psychiatrische Gutachter nicht begründet, inwiefern die Beschwerdeführerin über die notwendigen Ressourcen verfügen sollte, die Schmerzen zu überwinden (Urk. 1 S. 10). Weil die Beschwerdeführerin seit August 2008 ununterbrochen zu 100 % arbeitsunfähig sei, bestehe ab August 2009 Anspruch auf eine Rente (Urk. 1 S. 12). Replicando liess die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Bemerkung von Dr. D. als Schweizer Staatsbürgerin, die seit 15 Jahren in der Deutschschweiz lebt, einen Dolmetscher benützend, sodann vorbringen, auf das orthopädische Teilgutachten könne wegen Voreingenommenheit nicht abgestellt werden, seien doch weder die Staatsbürgerschaft noch der Wohnort oder die Sprachkenntnisse für die Orthopädie relevante Gesichtspunkte (Urk. 13 S. 4). Der genannte Passus könne nur als Missbilligung der Sprachkenntnisse der Beschwerdeführerin und ihrer Person gewertet werden, sei unsachlich und lasse auf eine Voreingenommenheit durch den Gutachter schliessen (Urk. 13 S. 4).

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von

Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

2.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

2.3 Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 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 oder Hilfebedarfs 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 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit oder der Hilfebedarf 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 oder einen anspruchsbegründenden Hilfebedarf zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3

3.1.1.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 23. April 2010 (Urk. 8/18) eingetreten. Demnach ist zu prüfen, ob sich seit der Verurteilung vom 11. Mai 2009 (Urk. 8/16), mit welcher ein Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin verneint worden war, bis zum Erlass der angefochtenen Verurteilung vom 4. Juli 2011 (Urk. 2) der massgebliche medizinische und/oder wirtschaftliche Sachverhalt in einer so erheblichen Weise verändert hat, dass die Beschwerdeführerin nunmehr Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat (E. 2.3).

E. 3.2

3.2.1.1 Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor dem 11. Mai 2009 ist insbesondere Nachfolgendes aktenkundig:

3.2.2.1 Nachdem Dr. A. ___ - seit 1995 behandelnder Arzt der Beschwerdeführerin - in seinem Bericht vom 21. September 2008 an den Krankenversicherer der Beschwerdeführerin (Urk. 8/6/9-11) noch von einer vollumfänglichen Arbeitsaufnahme ab 15. September 2008 ausgegangen war, er aber entgegen dieser Prognose noch bis zum 12. Oktober 2008 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (Urk. 8/2/1-4), hielt der Arzt mit Schreiben vom 12. Oktober 2008 betreffend Überweisung an einen rheumatologischen Facharzt (Urk. 8/6/4) fest, ab dem 13. Oktober 2008 sei eine Arbeitsaufnahme im Umfang von 50 % vorgesehen. Zu Händen von Dr. Y. ___ hatte Dr. A. ___ im Überweisungsschreiben vom 6. Oktober 2008 (Urk. 8/6/5) berichtet, die Beschwerdeführerin leide seit Mai 2008 erneut an Schmerzen rechts lumbal zum Teil ins rechte Bein ausstrahlend mit hartnäckigem Verlauf. Das Anfertigen eines CT habe wohl degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) zu Tage gefördert, insgesamt jedoch keine Klärung gebracht. Dr. A. ___ hatte sodann erklärt, er glaube, dass ein multifaktorielles Geschehen bei fehlender Assimilation in der Schweiz, Überforderung durch die Familie, 100%iger Beschäftigung, depressivem Grundgeschehen sowie bei persistierender Grunderkrankung die derzeitige Situation beeinflusste.

3.2.3.1 Am 6. November 2008 (Urk. 8/12/17) hielt Dr. Y. ___ zu Händen von Dr. A. ___ fest, die rechtsseitig ausstrahlenden Rückenschmerzen seien auf eine mechanisch-statische Genese, entsprechend einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom, zurückzuführen, ohne dass sich Zeichen einer radikalen Reiz- oder sensomotorischen Ausfallssymptomatik erkennen liessen. Dabei seien als die Belastungstoleranz der Wirbelsäule herabsetzende Faktoren die axiale Hypermotilität, die Haltungsinsuffizienz und - zumindest bildgebend - eher leichtgradige Degenerationen aufzuführen. Weitaus problematischer erscheine jedoch die Entwicklung eines beginnenden maladaptiven Schmerz- und Krankheitsverhaltens (3 von 5 positiven Waddellzeichen, Abwehrreaktion bei Prüfung der Beweglichkeit). Ein Zusammenhang der Rückenbeschwerden mit dem wahrscheinlich bestehenden Sjögren-Syndrom gebe es nicht. Abschliessend notierte Dr. Y. ___, es sei wichtig, dass die Beschwerdeführerin die berufliche Tätigkeit weiterhin mit einem Pensum von zumindest 50 % ausübe, wobei eine Steigerung angesichts des Handgelenkganglions eher unrealistisch erscheine.

3.2.4.1 Die am 19. November 2008 durchgeführte therapeutische Infiltration bei L5/S1 (Urk. 8/12/16) führte zu einer Minderung der lumbalen Schmerzproblematik, so

dass - trotz unverändert bestehender rechtsseitiger Handgelenksschmerzen - die 50%ige Arbeitsfähigkeit weiter umgesetzt werden konnte.

3.2.5.1 Nach Exzision eines dorsalen Handgelenksganglions rechts am 18. Dezember 2008 (Urk. 8/11/6) notierte Dr. Z. ____, Chirurgie und Handchirurgie (Urk. 8/11/1-5), die Prognose sei bezüglich Handgelenksganglions gut, hinsichtlich der scapholunären Bandinstabilität ungewiss und die Einsatzfähigkeit der linken Hand - da nicht voll belastbar - derzeit eingeschränkt (Urk. 8/11/3). Ab dem 31. Januar 2009 attestierte Dr. Z. ____, eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wies aber darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin insbesondere von der Rückenproblematik bestimmt werde (Urk. 8/11/4-5).

3.2.6.1 Dr. A. ____, nannte am 8. Februar 2009 (Urk. 8/12/6-7) die Diagnosen eines chronisch rezidivierenden Lumbovertebralsyndroms bei Hypermobilität und degenerativen Veränderungen bei Status nach Morbus Scheuermann, einer unklaren Autoimmunerkrankung, wahrscheinlich Sjögren-Syndrom - dieses zeigte sich gemäss Bericht des Arztes vom 18. Dezember 2008 (Urk. 8/12/12) als kaum symptomatisch -, sowie einer Polynosis und wies auf eine psychische Überlastung mit maladaptivem Schmerzverhalten bei Überlastung durch Familie, Sohn (ADS), Haushalt sowie vollem Arbeitspensum hin. Seit dem Sommer 2004 sei das Lumbovertebralsyndrom unverändert andauernd und fühle sich die Beschwerdeführerin aufgrund der Rückenbeschwerden nicht im Stande, einer Arbeit nachzugehen. Der Arzt hielt dafür, aufgrund der genannten Belastungssituation werde ständig eine Arbeitsunfähigkeit bestehen, welche in Bezug auf einen Arbeitseinsatz ausser Hause auf zumindest 50 % zu schätzen sei (Urk. 8/12/6).

3.2.7.1 Am 2. März 2009 erfolgte an der Klinik F. ____, eine interdisziplinäre Schmerzsprechstunde (Bericht vom 6. März 2009, Urk. 8/23/23-26; der Beschwerdegegnerin am 18. Mai 2010 zugegangen). Anlässlich dieser Abklärung berichtete die Beschwerdeführerin von Rückenschmerzen, welche seit August 2008 massiv und anhaltend seien und zu einer Kraftverminderung im Bereich des rechten Beines führten (Urk. 8/23/23). Eine gewisse Schmerzlinderung erfahre sie durch Medikamente, lokale Wärme und Injektionsbehandlungen. Der Nachtschlaf sei wegen der Schmerzen gestört. Dr. med. G. ____, leitender Arzt und stellvertretender Chefarzt, notierte, es bestehe aktuell ein chronisches rechtsbetontes Panvertebralsyndrom bei einer Fehlform und Fehllhaltung der Wirbelsäule, muskulären Ungleichgewichten und einer Haltungsinsuffizienz. Betreffend Therapie hielt Dr. G. ____, dafür, die Beschwerdeführerin sollte ein aktives Übungsprogramm zur Kräftigung und Verbesserung der Kraftausdauer der Rücken- und Rumpfmuskulatur durchführen sowie regelmässig ein kardiovaskuläres Fitnessstraining (z.B. Gehen) absolvieren. In Bezug auf den Verdacht auf ein Sjögren-Syndrom seien aktuell keine weiteren Massnahmen von Nöten (Urk. 8/23/25). Abschliessend erklärte der Arzt, aus rheumatologischer Sicht beständen keine Gründe, welche gegen eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten, wechselbelastenden und nicht repetitiven Tätigkeit sprechen würden (Urk. 8/23/26).

E. 3.3

3.3.1.1 Nach dem 11. Mai 2009 präsentierte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wie folgt:

3.3.2.1.1 Die am 9. Juli 2009 durchgeführte MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) und des Iliosakralgelenks (ISG) (Bericht vom 9. Juli 2009, Urk. 8/23/21) ergaben verglichen mit der Voruntersuchung vom 26. Februar 2009 stationäre Verhältnisse ohne Beeinträchtigung neurogener Strukturen.

3.3.3.1.1 Im Bericht vom 3. Februar 2010 (Urk. 8/23/14-16) der Klinik H.____, welche für die Erstattung einer Zweitmeinung aufgesucht worden war, wurden die bereits bekannten Diagnosen eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms rechts (Erstmanifestation 08/2008, MRI LWS und SIG 07/2009: keine entzündlichen Veränderungen, Diskusprotrusion L5/S1 mit Anulus fibrosus Riss, Diskusdehydratation L4/5 und L5/S1 mit Modicveränderungen Bodenplatte LWK4 mit Schmorl'schen Knoten) bei Status nach Morbus Scheuermann, muskulärer Dekonditionierung sowie bei Hypermobilitätssyndrom genannt. Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, seit August 2008 an belastungsabhängigen, lumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung bis in die rechte Ferse zu leiden. Wenngleich entzündlich-rheumatologische Erkrankungen nicht bekannt seien und das Beschwerdebild am ehesten als mechanisch-degenerativ bedingtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom zu beurteilen sei, werde wegen der anamnestischen Elemente für einen entzündlichen Rückenschmerz eine MRI-Verlaufsuntersuchung der LWS und SIG (Sacroiliakgelenk) veranlasst. Angesichts der sozialen Situation attestierten die Ärzte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit während zweier Monate (29. Januar bis 31. März 2010), welche von der Beschwerdeführerin zur Rekonditionierung genutzt werden sollte. Danach bestehe initial eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Mittelfristig könne die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht für leichte körperliche Tätigkeiten auf 100 % gesteigert werden (Urk. 8/23/16).

3.3.4.1.1 Nach durchgeführten Zusatzuntersuchungen der LWS und SIG vom 5. Februar 2010 (Bericht vom 12. Februar 2010, Urk. 8/23/17-18) berichteten die Ärzte der Klinik H.____, es hätten sich - unverändert wie schon in der Voruntersuchung vom Juli 2009 - keine Hinweise für ein entzündliches Geschehen ergeben, und die Diskusprotrusionen bei L3-S1 führten nicht zu einer Nervenwurzelkompression. Weil die bisherigen ambulanten Therapien keine wesentliche Verbesserung des Beschwerdebildes erbracht hätten, werde der stationäre Aufenthalt in einer Rehaklinik empfohlen.

3.3.5.1.1 Vom 16. März bis zum 6. April 2010 hielt sich die Beschwerdeführerin in der Klinik I.____ auf (Bericht vom 12. April 2010, Urk. 8/23/4-11). Deren Ärzte diagnostizierten (1) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechtsbetont bei Status nach Morbus Scheuermann, degenerativen Veränderungen L3/4, L4/5 und L5/S1 mit diskreter Diskusprotrusion ohne Nervenwurzelkompromittierung und bei muskulärer Dysbalance, (2) eine Achillodynie rechts und nannten (3) den Verdacht eines zentralen Schmerz-Windups, ein dysfunktionelles Verhalten und einen Rückzug. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, seit etwa eineinhalb Jahren an Rückenschmerzen zu leiden und seit etwa einem Jahr arbeitsunfähig zu sein. Die Ärzte notierten, während des Aufenthaltes hätten eine Schmerzreduktion, eine körperliche Rekonditionierung mit verbesserter Rumpfstabilität sowie eine leichte Verbesserung der Schlafsituation erreicht werden können und das Gangbild sei deutlich verbessert. Ansatzweise habe die Beschwerdeführerin über Schmerz copingstrategien instruiert werden können (Urk. 8/23/5). Abschliessend erachteten die Ärzte die Weiterführung einer ambulanten Physiotherapie als notwendig. Sie attestierten vom 16. März bis zum 4.

April 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und empfahlen der Beschwerdeführerin dringend die Teilnahme an Informationsveranstaltungen des RAV. Bei einem beruflichen Wiedereinstieg sei eine stufenweise Wiedereingliederung in leichte bis wechselbelastende Tätigkeiten anzustreben (Urk. 8/23/6).

3.3.6.1 Mit Schreiben vom 13. Mai 2010 (Urk. 8/22) machte Dr. A. eine Verschlechterung der Situation geltend, welche eine Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der chronischen Schmerzen nicht mehr zulasse. Der Haushalt müsse nun weitgehend vom Ehemann der Beschwerdeführerin besorgt werden. Er, Dr. A., sei daher der Meinung, dass die Rentensituation nochmals zu überprüften sei.

E. 3.3.7

3.3.7.1 Am 18. November 2010 (Urk. 8/31) erstattete das Zentrum B. zu Händen der Beschwerdegegnerin eine Expertise. Diese stützt sich auf die orthopädische Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 14. September 2010 und die psychiatrische Untersuchung vom 10. November 2010, auf die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 8/31/10) sowie auf die anlässlich der Untersuchungen von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben und erhobenen Befunde.

3.3.7.2 Gegenüber Dr. D., orthopädischer Gutachter, klagte die Beschwerdeführerin über seit sechs Monaten bestehende brennende, zunehmende Nackenschmerzen, welche in sämtliche Finger rechts ausstrahlten und das Bücken sowie Heben und Tragen von Lasten unmöglich machten. Daneben leide sie seit zwei Jahren an zunehmenden stechenden lumbalen Schmerzen ausstrahlend bis in den rechten Aussenknöchel. Das Sitzen sei auf 20 Minuten beschränkt, das Bücken sowie Heben und Tragen von Lasten auch aufgrund der lumbalen Schmerzen nicht möglich. Gemäss gutachterlichen Angaben glaube die Beschwerdeführerin nicht daran, je wieder arbeiten zu können (Urk. 8/31/4). Dr. D. liess umfassende, bildgebende Röntgenuntersuchungen durchführen (Urk. 8/31/6-7) und erhob in Anwesenheit einer Dolmetscherin (Urk. 8/31/2) insbesondere eine stark eingeschränkte Seitwärtsneigung von Halswirbelsäule (HWS) und LWS, eine stark eingeschränkte Rotation der HWS, eine Druckdolenz der Dornfortsätze, paravertebralen Muskulatur und Ileosakralgelenke rechts und links (Urk. 8/31/5). Unter Bezugnahme auf die aktuelle Bildgebung erklärte der Gutachter, die Nackenschmerzen und das Ausmass der abnormen Untersuchungsbefunde der HWS seien ebenso wie die Ausstrahlung der Schmerzen in sämtliche Finger rechts bei radiologisch fehlender neuraler Kompression nicht plausibilisierbar und könnten die lumbalen Schmerzen bei altersentsprechendem normalem MRI der LWS nicht nachvollzogen werden. Die wahrscheinlich degenerative Läsion des Discus triangularis rechts sei asymptomatisch (Urk. 8/31/7-8). Dr. D. erhob keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung seien eine Cervico-Pseudobrachialgie rechts, eine Lumbo-Pseudoischialgie rechts, die wahrscheinlich degenerative Läsion des Discus triangularis rechts und das (wahrscheinliche) Sjögren-Syndrom (Urk. 8/31/7). Der Gutachter notierte zusammenfassend, es ergäben sich aus orthopädischer Sicht keine Befunde, welche die Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte Tätigkeit (wie auch jene als Produktionsmitarbeiterin) einschränken würden. Mithin bestehe unverändert eine volle Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit. An Massnahmen aus orthopädischer

Sicht nannte der Arzt den Besuch eines Fitnessstudios zur Tonisierung der paravertebralen Muskulatur (Urk. 8/31/8).

3.3.7.3 Aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. E. ___ ergibt sich, dass sich die Beschwerdeführerin in relativ guter psychischer Verfassung befand und nur bei starken Schmerzen vermehrt traurig und in letzter Zeit vermehrt unruhig war. Angstgefühle habe sie nicht und sei auch nicht vermehrt nachdenklich. Der Schlaf sei unverändert trotz Medikamenteneinnahme zweimalig unterbrochen. Die Beschwerdeführerin erklärte sodann, sie befinde sich derzeit weder in psychiatrischer noch psychotherapeutischer Behandlung. In Bezug auf die Tätigkeiten im Haushalt gab sie an, leichte Haushaltsarbeiten (Kochen) zu verrichten und sich während des Tages während zwei bis drei Stunden hinzulegen. Im Haushalt werde sie von ihrer Tochter unterstützt. Einkaufen erledige sie selten; am Wochenende habe sie Kontakt mit anderen Personen anlässlich gegenseitiger Besuche (Urk. 8/31/15). Dr. E. ___ erhob einen weitestgehend unauffälligen psychiatrischen Befund. Er hielt fest, dass sich seit der chronischen Schmerzsymptomatik (seit etwa Januar 2009) Hinweise für chronische depressive Stimmungsschwankungen entsprechend einer Dysthymie ergeben würden. Anhaltspunkte für verstärkte depressive Verstimmungen, welche die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradige depressive Stimmung erfüllten, seien demgegenüber nicht zu erheben. Aufgrund der anhaltenden Schmerzsymptomatik mit Ausbreitungstendenz könne aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werden, sofern die Schmerzen durch eine organische Störung nicht ausreichend zu erklären seien. Mit Ausnahme einer anzunehmenden mangelnden Integration mit fehlender Sprachbeherrschung und vermehrter Zuwendung durch die Familienangehörigen seien keine psychosozialen Probleme vordergründig zu erheben (Urk. 8/31/17). Der psychiatrische Gutachter nannte die Diagnosen einer chronischen depressiven Verstimmung (Dysthymie), ICD-10: F34.10, bestehend seit etwa Januar 2009, sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, ICD-10: F45.4, bestehend seit etwa Januar 2009 (Urk. 8/31/16). Dadurch würden die emotionale Belastbarkeit, geistige Flexibilität, der Antrieb, die Motivation und Dauerbelastbarkeit beeinträchtigt erscheinen. Dennoch verfüge die Beschwerdeführerin über Ressourcen (gewisse Tagesstruktur mit den Kindern, teilweise Versorgung des Haushalts, Interessen, Kontakte zur Umgebung). Weil eine Dysthymie nicht zu einer Beeinträchtigung der Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung führe, sei der Beschwerdeführerin die Überwindbarkeit der Schmerzen mit zumutbarer Willensanstrengung möglich. Der Psychiater attestierte aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % - seit etwa Januar 2009 und seither konstant - für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Urk. 8/31/18). In einer angepassten Beschäftigung (ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenbelastung und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung) bestehe demgegenüber eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Sodann erachtete Dr. E. ___ eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung der chronischen Schmerzsymptomatik als angezeigt, hielt aber gleichzeitig dafür, aufgrund der Fixierung auf die Beschwerden und wegen der Ausbreitungstendenzen der Beschwerden sei die Prognose eher ungünstig. Endlich würden mangels Motivation mit Selbstlimitierung berufliche Massnahmen oder Integrationsmassnahmen zum jetzigen Zeitpunkt wenig aussichtsreich erscheinen (Urk. 8/31/19).

3.3.7.4 In interdisziplinärer Beurteilung führten die Gutachter aus, die angestammte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin mit einem Pensum von 80 %, eine angepasste Beschäftigung demgegenüber bei voller Stundenpräsenz zu 100 % (ab Januar 2009) zumutbar (Urk. 8/31/23) - dies im Gegensatz zur Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin (Urk. 8/31/24).

3.3.8 Am 23. Juni 2011 (Urk. 8/40/2) berichtete Dr. Y., die Rückenschmerzen der Beschwerdeführerin seien erneut exazerbiert und auf die medikamentöse Behandlung weiterhin therapieresistent. Trotz der durch die Chronifizierung eingeschränkten Beurteilbarkeit seien Hinweise für eine radikale Symptomatik zu finden, weshalb derzeit infiltrative Interventionen stattfinden. Aktuell sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig.

3.3.9 Dr. A. erklärte mit Schreiben vom 30. Juni 2011 (Urk. 8/42), als langjähriger Beobachter der Familie der Beschwerdeführerin könne er den Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht nachvollziehen. Die Beschwerdeführerin sei seit langer Zeit vollständig arbeitsunfähig und nicht mehr in der Lage, den Haushalt zu führen. Ihr Rückenleiden habe im Jahr 2004 begonnen, sich in den vergangenen Jahren progredient gezeigt und sich auch seit der letzten Anmeldung bei der IV weiterhin verschlechtert. Mittlerweile könne die Beschwerdeführerin kaum mehr sitzen oder stehen. Klinisch hätten zudem mehrere Befunde Hinweise auf kompressionsverdächtige Erscheinungen ergeben, welche jedoch im MRI nicht hätten belegt werden können. Schliesslich bestehe nach wie vor der Verdacht auf ein immunologisches Geschehen, welches eventuell erst zu einem späteren Zeitpunkt als effektive Ursache gefunden werde. Sicher sei jedenfalls, dass kein Rentenbegehren vorliege, sondern sich die Beschwerdeführerin vielmehr das Vorliegen einer klaren Diagnose und eine erfolgreiche Behandlung wünsche.

E. 3.3.10

Am 23. Juli 2011 hielt Dr. Y. dafür (Urk. 3/3), aufgrund der klinischen Zeichen habe eine radikale Reizsymptomatik vermutet werden müssen, welche sich im MRI aber nicht habe bestätigen lassen. Weil auch eine entzündliche Reaktion nicht nachgewiesen werden können, komme das Vorliegen eines Piriformis-Syndroms in Frage. Ein solches könne sich - wegen der Nähe zum Nervus ischiadicus - wie ein radikales Reizsyndrom präsentieren. So sei bei der Beschwerdeführerin im Bereich der Piriformismuskulatur eine Druckschmerzhaftigkeit zu erheben, welche angesichts der ebenfalls vorliegenden Schmerzstörung schwierig zu interpretieren sei und eine konklusive Beurteilung fast nicht ermögliche. Zur Behandlung eines allfälligen Piriformis-Syndroms wäre eine Physiotherapiebehandlung vordergründig, wovon aber die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann kaum einen Effekt erwarteten. Auch die aktuelle Infiltration an den Ansatz der Piriformismuskulatur habe keine Wirkung gezeigt. Schliesslich wirke die Beschwerdeführerin sehr depressiv, und in diesem Rahmen schienen die chronischen Schmerzen nunmehr ihr Leben und jenes ihrer Familie weitgehend zu bestimmen. Dies sei auch Grund dafür, weshalb der Ehemann der Beschwerdeführerin davon überzeugt sei, dass ihr eine berufliche Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Dr. Y. hielt abschliessend fest, er sei sicher, dass bei der Beschwerdeführerin keine bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation bestehe. Weil einige Foersterkriterien erfüllt seien, sei ihr die Überwindbarkeit der Schmerzen nicht zumutbar.

Vollzeitbeschäftigung (E. 3.2.2) leiten liess. Auch aus dieser Sicht vermag seine (erneute) Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit (E. 3.3.9) nicht zu überzeugen, haben soziokulturelle Faktoren als invaliditätsfremde Gesichtspunkte doch auszuscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C_176/2011 vom 29. Juni 2011 E. 4.1; BGE 127 V E. 5a; Urteil 8C_183/2012 E. 7).

4.2 Auch hinsichtlich der psychischen Gesundheit der Beschwerdeführerin ist keine wesentliche, anspruchrelevante Veränderung belegt. Es gibt keinerlei Anhaltspunkte, welche gegen die Zuverlässigkeit der (Teil)Expertise von Dr. E.____ sprächen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Soweit die Beschwerdeführerin auf die Einschätzung ihres behandelnden Rheumatologen, Dr. Y.____, wonach von einer invalidisierender Depression auszugehen sei (E. 1.2), verweist, stützt dieses Vorbringen ins Leere, geht Dr. Y.____ als Rheumatologe doch klarerweise die Befähigung zur Erstellung einer psychiatrischen Diagnose ab. Anlass, von der Beurteilung durch Dr. E.____ abzuweichen, ergibt denn auch nicht das Schreiben der Ärzte der Klinik C.____ vom 30. Oktober 2012 (E. 3.3.11), mangelt es diesem doch an jeglicher Begründung für eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und fällt die Einschätzung in zeitlicher Hinsicht ohnehin nicht in den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum (E. 2.3). Endlich handelt es sich bei einer Dysthymie nicht um ein invalidisierendes Leiden (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2011 vom 4. April 2012 E. 4.5; 8C_1025/2012 vom 13. März 2013 E. 3.1) und stellt die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen keine Komorbidität dar, welche für sich allein genügen würde, um die Schmerzproblematik als unüberwindbar erscheinen zu lassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_80/2011 vom 14. Juni 2011 E. 6.3.2).

4.3 War die chronische Schmerzproblematik bereits vorbestehend und fehlt es der von Dr. E.____ diagnostizierten Dysthymie am Krankheitswert im Sinne des Gesetzes, so ergibt sich auch hinsichtlich der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin keine relevante Veränderung seit Erlass der Verfügung vom 11. Mai 2009.

4.4 Zusammenfassend ist damit weder eine anspruchrelevante Veränderung in somatischer noch in psychischer Hinsicht ausgewiesen, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint hat.

4.5 Dies führt zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
- Rechtsanwältin Christina Ammann

- 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.