

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00706 vom 10. Januar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-01-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00706

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00706 du 10 janvier 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00706 del 10 gennaio 2013

Erwägungen

E. 3

3.1 In organischer Hinsicht stellte sich der Sachverhalt wie folgt dar: PD Dr. A., Oberarzt, und PD Dr. B., Leitender Arzt, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, C. (C.), nannten in einem vom Taggeldversicherer in Auftrag gegebenen medizinischen Gutachten vom 28. April 2005 (Urk. 14/12/4-18) als Diagnosen (S. 11 Ziff. 4):

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont bei/mit
- degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule
- breitbasiger Bandscheibenprotrusion mit Kontakt zur Nervenwurzel bei L5 ohne Verdrängung oder Komprimierung
- leichtgradiger Spondylarthrose bei L4/5 und L5/S1
- chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits ohne Nachweis degenerativer Veränderungen
- Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung im Zusammenhang mit Anpassungsproblemen bei Veränderungen der Lebensumstände
- generalisierte Allodynie

Dr. A. und Dr. B. führten zur Arbeitsfähigkeit weiter aus, im Test vom 8./9. März 2005 (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit, EFL) werde aufgrund von Testverfahren eingeschätzt, dass die Beschwerdeführerin für leichte Arbeiten ganztags mit vermehrten Pausen arbeitsfähig sei mit entsprechenden Einschränkung: Heben, Rotation im Sitzen, Rotation im Stehen, Knien, Ziehen und Stossen, längeres Sitzen, längeres Stehen und Gehen maximal 5.5 Stunden pro Tag, verteilt über den gesamten Arbeitstag, Hockstellung, wiederholte Kniebeuge maximal 3 Stunden pro Tag, verteilt über den ganzen Arbeitstag, Arbeit über Kopfhöhe mindestens eine halbe Stunde pro Tag, verteilt über den ganzen Arbeitstag (S. 11 f. Ziff. 4).

3.2 Die Beschwerdeführerin war seit März 2005 bei Dr. med. D., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung (Urk. 14/15 lit. D.1). Dr. D. stellte in einem Bericht vom 29. August 2005 die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (lit. A). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Verpackungsmitarbeiterin in einem Lager bestehe seit dem 21. März 2005 bis jetzt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (lit. B). Auf die Frage, welche Tätigkeit der

Beschwerdeführerin noch möglich sei, gab der Psychiater an, im bisherigen Beruf sei eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zumutbar (S. 6).

3.3 Nach der Rückweisung durch das Bundesgericht gab die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. E. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag, das am 2. August 2008 erstattet wurde (Urk. 14/63).

Dr. E. ____ nannte im Gutachten als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, seit 2006, und eine Dysthymia, dokumentiert seit März 2003 (S. 13 Ziff. 5). Der Gutachter führte weiter aus, die Angaben der Beschwerdeführerin seien meist allgemein, diffus, oberflächlich und vage (S. 10 Ziff. 4). Objektive Hinweise auf schmerzbedingte Bewegungsbeeinträchtigungen fehlten. Ein dauerhafter quälender Schmerz sei ebenfalls nicht objektivierbar (S. 10 f.).

Die Beschwerdeführerin nehme seit zirka 2005 ambulant eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung an der F. ____ in Anspruch. Sowohl die Gespräche als auch die Medikamente hätten aus Sicht der Beschwerdeführerin nur sehr wenig Nutzen. 2006 hätten die Schmerzen deutlich zugenommen. Neben einem Knoten in der Brust seien auch familiäre Schwierigkeiten in der Heimat aufgetreten (S. 13 f. Ziff. 5.1). Ab 2006 sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gegeben. Jedoch sei objektiv ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz nicht erkennbar. Nach der gutachterlichen Gesamteinschätzung sei die Störung maximal leicht ausgeprägt. Eine Minderung der Arbeitsfähigkeit lasse sich hierdurch alleine nicht begründen (S. 15 f.). Die Kriterien einer depressiven Episode seien nicht erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Es beständen keine der Symptome in ausreichender Schwere beziehungsweise Länge, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können (S. 18). Eine Dysthymia sei eine chronische Form einer depressiven Verstimmung. Eine solche führe aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person um 15 % (von 100 %). Diese Einschränkung könne einer allfälligen Reduktion der Leistungsfähigkeit aus somatischer Sicht nicht hinzugerechnet werden (S. 19 unten).

3.4 Lic. phil. G. ____, Psychotherapeutin FSP, und Dr. med. H. ____, Oberärztin, F. ____, führten in einem Bericht vom 16. März 2009 (Urk. 14/74) aus, die Beschwerdeführerin sei von 2006 bis Anfang 2009 bei ihnen in Behandlung gewesen. Nach ihrer Meinung sei sie nicht arbeitsfähig (S. 1 lit. a). Sie habe in den letzten zwei Jahren mehrere Operationen (Gebärmutter, Brust) gehabt, welche ihren Zustand weiter verschlechtert hätten. Unterdessen sei sie mit ihrer Krankenrolle komplett identifiziert. Sie fühle sich einfach krank und könne nicht verstehen, dass sie keine Rente bekomme (Ziff. 1.4).

3.5 Die Beschwerdeführerin ist seit März 2009 bei Dr. phil. I. ____, Psychologin, und Dr. med. J. ____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in ambulanter Behandlung (Urk. 14/84/6 Ziff. 1.2). Dr. I. ____ und Dr. J. ____ nannten in einem Bericht vom 15. September 2009 (Urk. 14/81) als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, mit gegenwärtig schwerer Episode, eine Angststörung und ein chronisches Schmerzsyndrom.

Dr. I. ____ und Dr. J. ____ führten weiter aus, sie hätten folgende Symptome festgestellt: Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, plötzliche

Abst rzt, st ndiges Grübeln, Pessimismus, Schuldgefühle, Nervosität und Stress. Die Beschwerdeführerin leide an multiplen Schmerzen, insbesondere an Kopf- und Rückenschmerzen.

         Verschiedene aktuelle körperliche Leiden und mit Komplikationen verbundene zurückliegende Operationen und Narkosen sowie eine schwierige soziale beziehungsweise finanzielle Situation verstärken die depressive Symptomatik. Die Hamilton Depressionsskala habe 46 Punkte ergeben, womit sich die Diagnose einer schweren Depression erh rte. Angesichts dieser mit einem Schmerzsyndrom verbundenen Diagnose sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig.

         In einem weiteren Bericht vom 1. März 2010 (Urk. 14/84/6-11) nannten Dr. I.____ und Dr. J.____ als Befund: Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Vergesslichkeit und Schmerzen bei geringer körperlicher Belastung. Die Beschwerdeführerin sei dann nicht mehr belastbar. Sie mache manchmal einen fast fröhlichen Eindruck und versuche ihr Leiden zu verdecken (Ziff. 1.4). Sie könne maximal 30 Minuten im Haushalt arbeiten und sei voll und ganz auf die Mithilfe der Familie angewiesen (Ziff. 1.7).

3.6     Die Beschwerdegegnerin gab in der Folge ein polydisziplinäres Gutachten bei der K.____ in Auftrag. Das Gutachten datiert vom 25. Mai 2011 (Urk. 14/94) und ist von Dr. med. L.____, Rheumatologie FMH, und Dr. med. M.____, Innere Medizin FMH, unterzeichnet. Bestandteil des Gutachtens bildet ein rheumatologisches Konsilium von Dr. med. N.____, FMH Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 17. Februar 2011 (Bericht vom 2. März 2011, Urk. 14/94/31-37) sowie ein psychiatrisches Konsilium von pract. med. O.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Februar 2011 (Bericht vom 12. Mai 2011, Urk. 14/94/38-50).

         Die Gutachter nannten als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S. 26 Ziff. 4.1). Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, nannten die Gutachter unter anderem eine generalisierte Schmerzstörung ohne rheumatologisch objektivierbare Befunde und einen Verdacht auf Spannungskopfschmerzen mit Übergang in Migräne (S. 26 Ziff. 4.2).

         Die Gutachter führten weiter aus, die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie seit 2003 oder 2004 Rückenschmerzen habe. Gemäss ihrer Auffassung komme dies von der schweren Arbeit. Sie sei dort überfordert worden (S. 17 Ziff. 1.2.4). Die Beschwerdeführerin könne sogar schallend lachen. Sie sei bestens informiert und berichte eingehend über ihre Berufstätigkeit (S. 21 Ziff. 2.1 oben). Sie habe als Verpackerin in einem Grosslager gearbeitet. Sie schildere eine sehr strenge Tätigkeit; die Lasten hätten manchmal bis 30 oder gar 40 kg gewogen (S. 23 Ziff. 3 Mitte). Eine arterielle Hypertonie habe sich 2005 etabliert und sei seither medikamentös eingestellt. Seit 2004 leide sie an Rückenschmerzen, seit einigen Jahren zunehmend auch an Kopfschmerzen und seit etwa einem Jahr an einem Tinnitus (S. 23 Ziff. 3 unten). Der Rheumatologe halte fest, dass die Beschwerdeführerin über ein seit Jahren bestehendes Schmerzsyndrom ohne relevante Besserung auf die gängigen therapeutischen Bemühungen berichte. Ein Aufenthalt in P.____ habe wenig geholfen. Die Schmerzschilderung erfolge diffus, schwierig fassbar, ohne relevante Modulation und ohne

Bevorzugung einzelner lokoregionaler Abschnitte. Die Schmerzen seien verbunden mit allgemeiner Müdigkeit, Lärm im Innenohr und mit einer Leistungsunfähigkeit (S. 23 f.). Eine relevante objektivierbar hart fassbare lokoregionale Pathologie finde sich nicht. Insbesondere sei der Schultergürtelbereich frei beweglich, ebenso die Hüft- und Kniegelenke. Die Halswirbelsäule sei sowohl spontan wie bei wiederholter Untersuchung funktionell frei. Hinweise auf eine periphere radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik fanden sich nicht. Die Röntgenbilder zeigten geringgradige degenerative Veränderungen (S. 24 oben).

Die Beschwerdeführerin leide an einer Dysthymie. Eine solche schränke Menschen in ihrem Wohlbefinden ein, und aufgrund der insbesondere bei der Beschwerdeführerin beobachteten Konzentrationsprobleme und dysfunktionalen Kognitionen sei auch die Arbeitsfähigkeit leicht eingeschränkt (S. 24 unten). Erstmals habe Dr. D. ___ zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin Stellung genommen. Die erwähnte Anpassungsleistung könne sicherlich die Arbeitsfähigkeit einschränken, aber in der Regel nicht zu 100 %, da es sich bei Anpassungsleistungen um leichte psychische Störungen handle. Die Identifikation mit einer Krankenrolle, wie im Bericht von lic. phil. G. ___ und Dr. H. ___ vom 16. März 2009 beschrieben, sei keine eigenständige Krankheit und ebenso wenig, dass sich die Beschwerdeführerin einfach krank fühle. Aus diesem Bericht könne aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht schlüssig nachvollzogen werden, warum die Beschwerdeführerin vollkommen arbeitsunfähig sein soll. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei unter Berücksichtigung der diskutierten Dysthymie und einer Schmerzstörung in leichtem Grade gegeben. Da die Kriterien teilweise nur schwach erfüllt seien, sei diese bei höchstens 10 % einzustufen (S. 25 Mitte).

Die Beschwerdeführerin habe bis Februar 2004 als Lageristin gearbeitet. Sie habe seither nicht mehr ausser Haus gearbeitet. In einer solchen und in einer anderen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 90 % arbeitsfähig (S. 27 Ziff. 5.1-5.2). Sie sei seit längerer Zeit zwischen 50 und 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Die letzten Arztzeugnisse bestätigten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 6. März 2009. Dieser Beurteilung könnten sich die Gutachter nicht anschliessen. Der Konsiliargutachter könne von psychiatrischer Seite die bereits 2005 durch einen Psychiater attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % und die ab 2009 durch die behandelnden Therapeuten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % nicht nachvollziehen. Er schätze, dass die Beschwerdeführerin über den ganzen Zeitverlauf hinweg seit 2005 kaum mehr als 20 % arbeitsunfähig gewesen sei (S. 28 Ziff. 5.4).

3.7 Dr. I. ___ und Dr. J. ___ nahmen am 15. August 2011 (Urk. 14/98) zum Gutachten der K. ___ vom 25. Mai 2011 Stellung. Dr. I. ___ und Dr. J. ___ führten aus, die Beschwerdeführerin komme bis heute in die Gesprächstherapie. Die Sitzungen fanden alle zwei Wochen statt und dauerten 30 bis 40 Minuten (S. 1 Ziff. 1).

Der Gutachter pract. med. O. ___ mache Beobachtungen und Feststellungen. Er beurteile und diskutiere diese aber nicht. Dadurch erzeuge er eine negative Stimmung, welche für die Beschwerdeführerin unvorteilhafte Folgen habe. Die von ihr bei der Begutachtung geäußerte Absicht, mit Freundinnen Kaffee trinken zu wollen, wenn sie Geld hätte, entspreche einem Rat, der ihr von therapeutischer Seite gegeben worden sei. Der Ton im Gutachten lasse aber folgern, dass eine Patientin, die so etwas erwäge, nicht eigentlich krank sein könne (S. 2 Ziff. 2). Die

Beschwerdeführerin könne ziemlich genau sagen, dass die Verschlechterung ihres Zustandes plötzlich aufgetreten sei. Ausserdem treffe es nicht zu, dass der Verlust des Arbeitsplatzes die Beschwerdeführerin krank gemacht habe. Das Gegenteil sei der Fall: Die Beschwerdeführerin habe ihre Stelle wegen ihrer Krankheit verloren. Sie beschreibe glaubhaft, dass sie bis zum Tag ihrer Erkrankung tüchtig, arbeitsam und auch optimistisch gewesen sei und gerne gelacht habe. Dem Gutachter schein es gelungen zu sein, die einfache Frau zu manipulieren, so dass sie Aussagen mache, die nicht adäquat seien (S. 2 Ziff. 4). Es handle sich um ein die Leiden der Beschwerdeführerin nur unvollständig abbildendes Gutachten. Sie sei durch den Gutachter eingeschüchtert, verunsichert und manipuliert worden (S. 3 Ziff. 6).

Es liege eine Anpassungsstörung und zudem auch eine abhängige Persönlichkeitsstörung vor, welche noch nicht erwähnt worden sei. Die Beschwerdeführerin passe sich besonders männlichen Autoritätspersonen bereitwillig an (kultureller Hintergrund), was eine Begutachtung sicher erschwere, jedoch nicht über den Zustand der Beschwerdeführerin hinwegtäuschen könne (S. 3 Ziff. 7).

Dr. med. Q., Allgemeine Innere Medizin FMH, vom Regionalärztlichen Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), nahm am 15. Februar 2012 zu den medizinischen Akten Stellung (Urk. 14/103 S. 9).

Dr. Q. führte aus, im Bericht von Dr. I. und Dr. J. werde eine abhängige Persönlichkeitsstörung und eine in der Schweiz unsichere Versicherte beschrieben und erneut eine psychiatrische Begutachtung beantragt. In diesem Bericht werde aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht begründet, wieso eine abhängige Persönlichkeitsstörung vorliege, welche die Arbeitsfähigkeit massgeblich tangiere. Dass sich die Beschwerdeführerin in der Schweiz unsicher fühle, begründe keine abhängige Persönlichkeitsstörung. Eine abhängige Persönlichkeitsstörung wiederum begründe auch keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit. Im Bericht werde die fehlende Berücksichtigung kultureller Aspekte kritisiert. Es könne dargelegt werden, dass solche Aspekte aus versicherungsmedizinischer Sicht gerade in einem psychiatrischen Gutachten abgegrenzt werden sollen, weil psychosoziale und soziokulturelle Aspekte bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch die Invalidenversicherung abzugrenzen seien.

Dr. I. und Dr. J. reichten dem Gericht sodann einen Bericht vom 8. August 2012 (Urk. 9) ein. Sie führten darin aus, bei der Beschwerdeführerin seien Anfang Juli im Spital R. ein bösartiger Tumor und später noch ein zweiter Tumor diagnostiziert worden. Beide Tumore seien inzwischen operiert worden. Dadurch ergebe sich eine völlig veränderte Situation, deren Auswirkungen auf die Psyche noch nicht vollumfänglich abzuschätzen sei.

Vor dem Hintergrund der Tumordiagnose müsse, was sich als somatoforme Schmerzstörung dargestellt habe, als paraneoplastisches Syndrom gesehen werden. Ein Teil der Schmerzen dürfte tumorbedingt gewesen sein, insbesondere: Schwäche, Müdigkeit und ein Teil der Depressivität. Von somatischer Seite müsse die Arbeitsfähigkeit von entsprechenden Fachärzten erneut beurteilt werden.

Die Copingmechanismen der Beschwerdeführerin seien vollständig zusammengebrochen. Die vorbestehende Depressivität (Dysthymie plus rezidivierende

schwere depressive Episoden) seien einer Verzweiflung und einem Rückzug in sich selbst gewichen. Die Beschwerdeführerin könne Konflikte und Belastungen in keiner Weise mehr bewältigen. Es habe sich das klinische Bild einer schweren chronifizierten Depression entwickelt (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei psychisch bedingt zu 100 % arbeitsunfähig. Sie könne alleine nicht aus dem Haus, sei absolut nicht belastbar und breche bei geringster Anforderung in Tränen aus (S. 2).

E. 4

4.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.2 Nach dem Gutachten der K. ___ vom 25. Mai 2011 besteht für die bisherige wie auch eine andere Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90 % (Urk. 14/94 S. 27 Ziff. 5.1-5.2). Das Gutachten beruht auf einer polydisziplinären Abklärung inklusive einer rheumatologischen Untersuchung durch Dr. N. ___ vom 17. Februar 2011 und einer psychiatrischen Untersuchung durch pract. med. O. ___ vom 15. Februar 2011.

Das Gutachten der K. ___ entspricht grundsätzlich den Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens. So werden darin die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin dargelegt. Weiter beruht es auf den notwendigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Es vermag sodann in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen zu überzeugen.

Zu diskutieren ist, wie die im Gutachten der K. ___ festgestellte Restarbeitsfähigkeit von 90 % und die im Urteil des hiesigen Gerichts vom 23. August 2007 genannte Arbeitsfähigkeit von 75 % entsprechend der im März 2005 im C. ___ erfolgten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (Urk. 14/47 S. 11 E. 4.6) zu verstehen sind, nachdem das Bundesgericht den Sachverhalt einzig in psychiatrischer Hinsicht als nicht vollständig abgeklärt erachtet hat (Urk. 14/61 S. 6 E. 3.4). Nach dem Gutachten der K. ___ vom 25. Mai 2011 ist die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht im Umfang von 10 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, während von rheumatologischer Seite keine Arbeitsunfähigkeit besteht (Urk. 14/94 S. 24 Mitte). Dr. E. ___ gelangte im Gutachten vom 2. August 2008 weitgehend übereinstimmend mit dem Gutachten der K. ___ wegen einer Dysthymia zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 15 %. Dabei kam der psychiatrische Gutachter zum Ergebnis, dass die Einschränkung einer allfälligen Reduktion der Leistungsfähigkeit aus somatischer Sicht nicht hinzugerechnet werden könne (Urk. 14/63 S. 19 unten). Diese Einschränkung kann übernommen werden. Demnach kann auch die im Gutachten der K. ___ festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % nicht zu einer von somatischer Seite bestehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinzugerechnet werden.

4.3 Die Beschwerdeführerin machte geltend, die profunde Kritik von Dr. I. ___ und Dr. J. ___ am Teilgutachten von Dr. O. ___ erschüttere dessen Gutachten derart stark, dass ihm kein Beweiswert zukomme (Urk. 5 S. 6). Die behandelnde Therapeutin Dr. I. ___

und Dr. J.____ beanstandeten in ihrer Stellungnahme vom 15. August 2011 etwa, der Gutachter habe den kulturellen Kontext der Beschwerdeführerin kaum berücksichtigt (Urk. 14/98 S. 3 Ziff. 4).

Dr. I.____ und Dr. J.____ einerseits und Dr. E.____ im Gutachten vom 2. August 2008 sowie das Gutachten der K.____ vom 25. Mai 2011 andererseits weichen in der Beurteilung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erheblich voneinander ab. Die Beschwerdeführerin übersieht mit ihrer diesbezüglichen Kritik am Gutachten der K.____ jedoch, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts 8C_790/2011 vom 30. März 2012, E. 3.3.2). In therapeutischer Hinsicht ist der soziokulturellen Problematik sicherlich Rechnung zu tragen, versicherungsrechtlich bleibt diese aber ohne Relevanz. Das Gutachten der K.____ erweist sich, wie erwähnt, als beweistauglich. Auf eine erneute Begutachtung, wie von der Beschwerdeführerin beantragt (Urk. 5 S. 6 unten), ist daher zu verzichten.

Sodann erklärte auch RAD-Ärztin Dr. Q.____, dass die in der Stellungnahme von Dr. I.____ und Dr. J.____ vom 15. August 2011 beschriebene abhängige Persönlichkeitsstörung noch keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit begründe (Urk. 14/103 S. 9). Auf das Gutachten der K.____ kann daher abgestellt werden.

4.4 Dr. I.____ und Dr. J.____ legten im jüngsten Bericht vom 8. August 2012 dar, dass im Juli 2012 im Spital R.____ bei der Beschwerdeführerin zwei Tumore diagnostiziert und behandelt wurden (Urk. 9 S. 1, vgl. auch Urk. 6). Welche Auswirkungen die neu festgestellte Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat, ist derzeit noch unklar.

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfägung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243; 121 V 362 E. 1b S. 366). Nachdem vorliegend der Sachverhalt zu beurteilen ist, wie er sich bis zum Zeitpunkt der Verfägung der Beschwerdegegnerin vom 12. Juni 2012 ereignet hat, können die Auswirkungen der neuen Erkrankung im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Diese haben vielmehr Gegenstand eines allfälligen neuen Abklärungsverfahrens zu bilden.

4.5 Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht im Umfang von 10 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Nach dem Gutachten von Dr. E.____ ist die von psychiatrischer Seite festgestellte Einschränkung nicht zu einer von rheumatologischer Seite bestehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu addieren. Nachdem das hiesige Gericht mit Urteil vom 23. August 2007 festgestellt hatte, dass es der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht zumutbar ist, in einer leichten, behinderungsangepassten Tätigkeit ein Pensum von 75 % auszuüben (Urk. 14/47 S. 11 Ziff. 4.6), ist gesamthaft weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 75 % auszugehen.

Das hiesige Gericht ermittelte für das Jahr 2005 bei einem Valideneinkommen von Fr. 49'867.75 und einem Invalideneinkommen von Fr. 33'122.40 einen Invaliditätsgrad von rund 34 % (Urk. 14/47 S. 11 ff. E. 5.1-5.3). An dem ermittelten Invaliditätsgrad ist nach dem Gesagten weiter festzuhalten.

Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liegt, besteht kein Anspruch auf eine Rente. Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 12. Juni 2012 erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

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). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- anzusetzen und 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:

- Rechtsanwalt Dr. André Largier
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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