

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01048 vom 11. Februar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01048

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01048 du 11 février 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01048 del 11 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 die ser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Re visionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neu an meldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewis sern, ob die von der versi cherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades 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 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 zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Ge richt (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.3

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Recht sprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 f. und 133 V 108 E. 5.4 S. 114 mit Hinweis).

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, 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).

E. 1.5

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).

E. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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).

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 Vorak ten (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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre renten anspruchsverneinende Verfügung (Urk. 2) damit, der Beschwerdeführerin sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit noch zu einem Pensum von 75 % zumutbar. Da die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens nur ein unregelmässiges Einkommen erzielt habe, sei zur Ermittlung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne abzustellen. Die gegen die C.____ - Gutachter erhobenen Einwände stellten keine Ablehnungs- oder Ausstandsgründe dar. Indem die Beschwerdeführerin an den beiden Begutachtungsterminen teilgenommen habe, habe sie sich konkludent mit den Gutachtern einverstanden erklärt (S. 1 f f.). 2.2

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, auf das psychiatrische Gutachten der C.____ könne nicht abgestellt werden.

So seien die Namen der beteiligten Gutachter, obwohl darum gebeten worden sei, nicht vorgängig mitgeteilt worden, womit der Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden sei

(S. 5 f. Ziff. 2-3 , S. 7 f. Ziff.

E. 3

1. März 2003 als Reini nigerin bei

der Y.____ angestellt

(Urk. 7/10

Ziff. 1-3, Ziff. 5, Ziff. 11). Am 26. Oktober 2004 meldete sie

sich unter Hinweis auf seit einem Unfall vom 12. November 2001 bestehende Rücken- und Kopf schmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2

Ziff. 7.2-3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte medizinische Berichte (Urk. 7/7 , Urk. 7/22) , Unterlagen des Unfallversicherers (Urk. 7/8), einen Arbeitgeberfragebogen (Urk. 7/10) und einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; Urk. 7/6) ein und veranlasste beim Z.____ in A.____ ein polydisziplinäres Gutachten, welches am 23. September 2005 erstattet wurde (Urk. 7/23) . Mit Verfügung vom 3. Oktober 2005 (Urk. 7/26) verneinte die IV-Stelle den Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung und mit Verfügung vom 4. Oktober 2005 (Urk. 7/27) einen Anspruch auf Hilflosen entschädigung . Auf die von der Versicherten dagegen am 1. und 2. November 2005 erhobenen Einsprachen (Urk. 7/28-30) trat die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 1. Februar 2005 [richtig: 2006] nicht ein (Urk. 7/47).

E. 3.1

Streitig und zu prüfen ist, ob sich seit der den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung verneinenden Verfügung vom 3. Oktober 2005 (Urk. 7/26) der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in rentenrelevanter Weise verändert hat, namentlich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

E. 3.2

Die Verfügung vom 3. Oktober 2005 (Urk. 7/26) beruhte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf folgender medizinischer Beurteilung (vgl. Urk. 7/24 S. 2 f.) :

Am 23. September 2005 erstatteten die Gutachter des Z.____ das von der Beschwerdeführerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 7/23). Sie stellen zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 5.1): - chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom - leichte Myogelose der Subokzipital- und Trapeziusmuskulatur beidseits mit Verkürzung derselben - radiomorphologisch unauffällige Darstellung der HWS (Dezember 2002) - teils mit migräniformen Exazerbationen - chronisches unspezifisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - leichte Wirbelsäulenfehlhaltung und - fehlerform (leicht grobbogige thorakolumbal linkskonvexe Skoliose) - allgemeine Haltungsinsuffizienz mit deutlicher muskulärer Dekonditionierung (deutliche Abschwächung abdomineller und rückenstabilisierende Muskelgruppen)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 5.2) nannten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) . Die Z.____ -Gutachter führten in der Konklusion des Gutachtens aus, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Zimmermädchen und Reinigungshilfe, welche als körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit angesehen werden müsse, bestehe eine voll zumutbare

Arbeitsfähigkeit . Einzig eine körperlich schwer belastende Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aufgrund der ausgeprägten Dekonditionierung nicht mehr zuzumuten. Für sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten bestehe ebenfalls eine uneingeschränkt zumutbare Arbeitsfähigkeit. Die Tätigkeit im Haushalt sei ihr auch neben einer beruflichen Tätigkeit voll zuzumuten (S. 19 Ziff. 6.2-4). 4. 4.1

Im Zusammenhang mit der Neuanmeldung im Oktober 2009 (Urk. 7/52) finden sich folgende medizinische Berichte in den Akten:

Hausarzt Dr. med. D.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 23. November 2009 (Urk. 7/59/1-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - chronisches Panvertebralsyndrom , bestehend seit November 2001 - Diskusprotrusionen untere BWS und LWS, bestehend seit etwa April 2006 - cervikocephale Schmerzen und rezidivierend Erbrechen und Schwindel , bestehend seit November 2001 - rezidivierende Depression, bestehend seit 2001

Dr. D.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei schon über 10 Jahre bei ihm in Behandlung, wobei die letzte Kontrolle am 23. November 2009 stattgefunden habe (Ziff. 1.2). Vom 3. bis 18. November 2009 habe ein stationärer Aufenthalt in der Rheumaklinik stattgefunden (Ziff. 1.3, vgl. Urk. 7/59/13-14). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Reinigung bestehe seit November 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % aufgrund von rezidivierenden Kopf - und Nackenschmerzen sowie aufgrund von Schwindel und Erbrechen. Zudem leide die Beschwerdeführerin an chronischen Schmerzen der BWS und der LWS. Das Arbeitstempo sei verlangsamt. Die bisherige Tätigkeit sei noch halbtags im Rahmen leichter Arbeiten zumutbar (Ziff. 1.6-7). Eine wechselbelastende Tätigkeit sei im Umfang von 50 bis 60 % zumutbar, bei einer Gewichtslimite von 2 bis 3 kg (Ziff. 3). 4. 2

Die Ärzte des

B.____ , Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, stellten in ihrem Bericht vom 12. März 2010 (Urk. 7/68) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - chronisches Panvertebralsyndrom - wahrscheinlich aggraviert im Rahmen einer somatoformen

Schmerzstörung - konventionell-radiologisch beginnende Osteochondrose der mittleren BWS - leichte S-förmige skoliotische Fehllhaltung thorakolumbal - muskuläre Dysbalance und Dekonditionierung - chronische Spannungskopfschmerzen - rezidivierende depressive Symptomatik

Sie stellten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Vitamin D-Mangel - chronisch rezidivierende Nausea und Emesis , wahrscheinlich funktionell bedingt - chronisch rezidivierendes Schwindelgefühl, wahrscheinlich funktionell bedingt - Adipositas Grad I - Verdacht auf Diabetes mellitus Typ II

Die Ärzte des B.____ führten aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 30. September 2009 bei ihnen in Behandlung, wobei die letzte Kontrolle am 5. Februar 2010 erfolgt sei (Ziff. 1.2). Während der Hospitalisation

in der Rheumaklinik des B.____ vom 3. bis 18. November (vgl. Urk. 7/59/13-14) hätten die panvertebralen Schmerzen physiotherapeutisch nur schwer beeinflusst werden können. Die Beschwerdeführerin habe ein Angstvermeidungsverhalten gezeigt, so dass eine

Schmerzverarbeitungsproblematik als Hauptursächlich für die Beschwerden haben angenommen werden müssen.

Die panvertebralen Rückenschmerzen bestünden seit einem Sturz auf den Hinterkopf im November 2001. Bisher hätten trotz physiotherapeutischer Massnahmen und einer stationären Rehabilitation die Beschwerden nur geringfügig verringert werden können. Trotz mehrfacher Krankheitsaufklärung scheine ein Krankheitsverständnis zu fehlen. Des Weiteren bestünden auch Sprachverständigungsschwierigkeiten und die Beschwerdeführerin sei ambulant vom Dezember 2006 bis Oktober 2007 in der psychiatrischen Polyklinik des B.____ psychotherapeutisch betreut worden, wo die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt worden sei (vgl. Urk. 7/59/6-9). Aufgrund dieser Fakten müsse die Prognose als eher ungünstig beurteilt werden (Ziff. 1.4).

Die Ärzte des B.____ führten aus, es bestehe ein chronisches belastungs- und bewegungsverstärktes Panvertebralsyndrom. Im Rahmen der zum Teil ungünstigen Arbeitshaltungen in der Tätigkeit als Putzfrau komme es bei bestehender muskulärer Dekonditionierung und Dysbalance kumulativ zu einer Beschwerdeverschlechterung. Eine 100%ige Arbeitstätigkeit als Putzfrau würde aktuell wahrscheinlich zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führen (Ziff. 1.6). Aus rheumatologischer Sicht sei eine halbtägliche Tätigkeit (4 Stunden pro Tag) als zumutbar anzusehen. Eine genauere Quantifizierung müsste im Rahmen eines Arbeitsassessments mit EFL erfolgen.

Für eine leichte körperliche und behinderungsangepasste Tätigkeit mit Wechselbelastung bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Das Heben und Tragen von Lasten unter 5 kg sei möglich. Überkopfarbeiten und Arbeiten in repetitiv vorgeneigter Oberkörperposition sollten vermieden werden (Ziff. 1.7). Durch die aktuell durchgeführte medizinische Trainings-therapie sei eine weitere Steigerung der Belastbarkeit und der Arbeitsfähigkeit zu erhoffen (Ziff. 1.8). 4. 3

Am 22. Juli 2011 erstatteten die Ärzte des B.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste rheumatologische Gutachten (Urk. 7/99/1-36).

Sie stellten zusammenfassend folgende Diagnosen (S. 28 f. Ziff. 4.2): - lumboradikuläres Reizsyndrom L4/5 rechts mit/bei: - mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der LWS; mässig ventrale Osteochondrose (Röntgen Januar 2011); stationäre degenerative Veränderungen der LWS mit breitbasigen

Diskusprotrusionen Th12/L1, L3/4 und L5/S1 - aktuell im MRI der LWS nachweislich rezessaler Kontakt zur Nervenwurzel L4 beidseits ohne Anhaltspunkte für Beeinträchtigungen der übrigen Nervenwurzeln; stationärer Riss Anulus

fibrosus Ni veau Th12/L1, L3/4 (am deutlichsten) und L4/5, L5/S1 - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - allgemeine r

Dekonditionierung, Fehlstellung/-haltung und muskulärer Insuffizienz - zervikozephalom Schmerzsyndrom mit myofaszialen Befunden, ohne höhergradige degenerative Veränderungen (Röntgen HWS Januar 2011) - thorakovertebrales Schmerzsyndrom bei abgeflachter Kyphose der BWS, Kopfprotraktion, bei S-förmiger skoliotischer Fehllhaltung thorako-lumbal, beginnender ossärer

Chondrose , ventraler Spondylose der mittleren BWS (Röntgen Januar 2011) - lumbovertebralem bis - spondylogenem Schmerzsyndrom - funktionelles Impingement der rechten Schulter - bei Fehllhaltung und muskulärer Insuffizienz - somatoforme Schmerzstörung - Erstdiagnose MEDAS 2005, Bestätigung der Diagnose durch Psychiatrie B.____ 2006 - rezidivierende depressive Episoden (EF 2006 Psychiatrische Polyklinik B.____)

Die Gutachter des B.____ führten aus, sie hätten die somatischen Diagnosen basierend auf den Ergebnissen ihrer körperlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin und mit Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Befunde gestellt. Der genaue Beginn dieser Leiden lasse sich nicht festlegen. Die Beschwerden seien aber akzentuiert seit dem Unfallereignis im Jahr 2001 vorhanden. Die psychiatrischen Diagnosen könnten nicht nach ICD-10 eingeordnet werden. Insbesondere könnten sie nicht festlegen, ob der von ihnen gewonnene Eindruck einer depressiven Verstimmung aktuell einer krankheitswertigen psychischen Störung (z.B. im Sinne einer leichten Depression) entspreche. Hierzu sei eine fachärztliche Beurteilung notwendig (S. 29 Mitte).

Basierend auf den aus der Aktenlage und während der Anamnese gewonnenen Erkenntnissen , bestehe die früher diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung weiter (S. 33 Ziff. 1).

Aufgrund der fehlenden Objektivierbarkeit einer ergonomischen Belastungsgrenze, der Selbstlimitierung und der erheblichen Inkonsistenzen in den Tests (vgl. Urk. 7 /99/37-48) könne das genaue Ausmass der körperlichen Beeinträchtigungen nicht sicher beurteilt werden, sondern es müsse auf medizinisch-theoretische Überlegungen abgestellt werden. Die nachweislichen strukturellen Veränderungen im Bereich der BWS und der LWS, mit sekundärer Fehllhaltung und Fehllstellung der HWS und einer gesamthaft bestehenden muskulären Dysbalance und Fehllhaltung der Wirbelsäule reduzierten aktuell die allgemeine Beweglichkeit, die Möglichkeit zur längerdauernden Einnahme von Zwangshaltungen , vor allem des Oberkörpers , und das Ausführen repetitiver Bewegungen und mache häufigere Positionswechsel von Sitzen, Gehen und Stehen erforderlich. Zudem verringerten diese Veränderungen das Arbeitstempo der Beschwerdeführerin und würden sie zum Einlegen von Kurzpausen in regelmässigen Abständen zwingen. Auch das Hantieren von bis zu mittelschweren Gegenständen sei dadurch eingeschränkt. Zusätzlich eingeschränkt sei die Belastbarkeit besonders bezüglich des Stehens, Gehens, des Treppen- und des Leitersteigens und der Einnahme von Zwangshaltungen des Oberkörpers durch die momentan vorhandene lumboradikuläre Reizsymptomatik (S. 33 Ziff. 1).

In ihrer bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin sei die Beschwerdeführerin in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt , und auch als Hausfrau sei sie nicht mehr in vollem Umfang belastbar , was vor allem gegenwärtig auf das aktuelle lumboradikuläre Reizsyndrom gründe (S. 33 f. Ziff. 2.1).

Die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin könne die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Gesundheitszustandes und den daraus resultierenden Funktions- und Aktivitätseinbussen aktuell höchstens 6 Stunden pro Tag ausüben. Es sei jedoch als wahrscheinlich zu erachten, dass sie eine solche Tätigkeit nach Abklingen der momentanen radikulären Reizerscheinungen bis zu sieben Stunden pro Tag ausführen könnte. Auch in ihrer Tätigkeit als Hausfrau unterliege die Beschwerdeführerin denselben Einschränkungen. Sie sei hier aber viel freier mit dem Einteilen der Zeit und der Aufgaben und könne sich bei

Bedarf auch Hilfe holen (S. 34 Ziff. 2.3).

Aufgrund der eingeschränkten zeitlichen Belastbarkeit und der Notwendigkeit von zusätzlichen Kurzpausen sowie aufgrund des insgesamt langsameren Arbeitstempos bestehe eine Reduktion der aktuellen Leistungsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin. Die noch bestehende Restarbeitsfähigkeit in dieser Tätigkeit sei derzeit bestenfalls 50 % . Nach Abklingen der radikulären Reizung sei von einer mittelfristig erreichbaren Leistungsfähigkeit von etwa 60 % auszugehen. In der Tätigkeit als Hausfrau sei ebenfalls von einer leichten Leistungseinbusse auszugehen, wobei einzelne Tätigkeiten aktuell nicht mehr und weitere Tätigkeiten mit vermehrtem Zeitaufwand ausgeführt werden könnten. Die Leistungseinbusse in der Haushaltsführung werde aktuell auf etwa 20 % geschätzt (S. 34 f.

Ziff. 2.4).

Die Gutachter des B.____ führten aus, sie würden den genauen Beginn der radikulären Symptomatik nicht kennen. Spätestens am 17. Januar 2011 habe diese aber vorgelegen und ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte ab diesem Zeitpunkt. Aufgrund der festgestellten ausgeprägten Dekonditionierung habe sicherlich schon vorher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (S.

35 Ziff. 2.5).

Eine angepasste Tätigkeit sei eine wechselbelastende mit Stehen, Gehen oder Sitzen von jeweils weniger als 30 Minuten Dauer am Stück, ohne

Zwangshaltungen, insbesondere des Oberkörpers, ohne repetitive Bewegungen und Überkopfarbeiten. Das Heben von leichten Lasten bis zu 10 kg sei möglich. Eine solche Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin im Moment während 8 Stunden pro Tag an fünf Arbeitstagen pro Woche zumutbar. Durch medizinische Massnahmen liesse sich diese zeitliche Belastbarkeit möglicherweise noch ausdehnen (S. 36 Ziff. 3.1-2). Aufgrund des reduzierten Arbeitstempos und der Notwendigkeit von zusätzlichen Kurzpausen bestehe derzeit eine um 25 % reduzierte Leistungsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit. Durch medizinische Massnahmen liesse sich die Leistungseinbusse allerdings weiter reduzieren. Bei optimaler Kooperations- und Leistungsbereitschaft der Beschwerdeführerin könnte dabei wahrscheinlich eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden (S. 36 Ziff. 3.3).

Am 20. Dezember 2011 erstatteten Dr. med. E.____, Oberarzt, und Dr. med. F.____, Assistenzarzt, C.____, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste psychiatrische Gutachten (Urk. 7/122/1-17). Sie stellten folgende Diagnosen (S. 14 Ziff. 1): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), erstmals diagnostiziert im Jahr 2005, im Verlauf unverändert - anamnestisch rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)

Die Ärzte der C.____ führten aus, anlässlich der Untersuchung sei die Beschwerdeführerin wach und zu allen vier Sinnesqualitäten vollständig orientiert gewesen. Ihre Auffassung und Konzentration seien unvermindert, und es lasse sich kein Anhalt für Merkfähigkeit- oder Gedächtnisstörungen feststellen. Im formalen Denken sei die Beschwerdeführerin stark eingeengt auf ihre Schmerzproblematik und vorbeirend. Sie erzähle ebenfalls von ihren Rückenschmerzen, wenn die Frage gar nicht darauf gezielt habe. Im Appetit sei sie normal bei unauffälligem Essverhalten, das Gewicht sei seit Jahren konstant.

Befürchtungen oder Zwänge liessen sich im Gespräch nicht feststellen. Es könnten keine

wahnhaften Symptome oder Sinnestäuschungen eruiert werden. Hinweise für eine Ich-Störung gebe es keine. Affektiv präsentiere sich die Beschwerdeführerin als sehr klagsam und jammrig. Die Schwingungsfähigkeiten sowohl zum positiven als auch zum negativen Pol hin seien jedoch weitgehend erhalten. Der Antrieb sei erhalten und psychomotorisch sei sie unauffällig. Es liessen sich keine Anhaltspunkte für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung feststellen (S. 11 unten).

Typische Zeichen für eine depressive Störung wie Appetitlosigkeit, Morgentief, reduzierte Lebensfreude, Interessenlosigkeit, Libido- und Gewichtsverlust sowie psychomotorische Hemmungen hätten sich im Gespräch nicht feststellen lassen. Bemerkenswert sei die formalgedankliche Einengung auf die Schmerzsymptomatik bzw. die Hoffnung auf deren Heilung. Thematisch kehre sie immer wieder auf ihre Schmerzsymptomatik zurück und lasse sich nur sehr schwer ablenken (S. 12 oben).

Die Ärzte der C.____ führten aus, sie seien nicht in der Lage, den genauen Verlauf der rezidivierenden depressiven Störung zu beurteilen, da in den vorhandenen Akten, welche sich zu dieser Diagnose äusserten, ausschliesslich leichtgradige Episoden beschrieben worden seien. Im Zeitpunkt ihrer Untersuchung sei die Störung remittiert gewesen und begründe aktuell keine Arbeitsunfähigkeit (S.

14 Ziff. 1, S. 15 Ziff. 4). Empfohlen werde eine ambulante Psychotherapie, unter anderem mit dem Ziel der Bearbeitung von Schmerzkonzepten und Schmerzverarbeitung (S. 15 Ziff. 5).

Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in angepasster Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 14 Ziff. 2-3).

Die im Jahr 2005 von der MEDAS gestellte und im Jahr 2006 vom B.____ bestätigte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) stimme mit ihrer Beurteilung überein. Aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin in den Jahren 2008 bis 2011 leichte Arbeiten ausgeführt habe, sei darauf zu schliessen, dass sie in der Lage sei, ihre Schmerzen zu überwinden und es sei die Ansicht des Voruntersuchers zu teilen, dass diese Diagnose keine Arbeitsunfähigkeit begründe (S. 16 Ziff. 7). 4. 5

Dr. E.____ führte in seiner Stellungnahme vom 1. März 2012 (Urk. 7/126) zu der von der Beschwerdeführerin am 17. Januar 2012 geäusserten Kritik (Urk. 7/124)

aus, Dr. F.____ befinde sich in der Ausbildung zum Facharzt und sei aus Ausbildungsgründen an der Verfassung des Gutachtens beteiligt gewesen. Dies sei unter enger Supervision durch ihn, Dr. E.____, erfolgt. Er selbst besitze ausser dem Facharzttitel für Psychiatrie und für Psychotherapie auch denjenigen für Allgemeinmedizin, und sei nach seiner Ausbildung 5 Jahre als selbständiger Allgemeinpraktiker in eigener Praxis tätig gewesen. Zum Zeitpunkt des Gutachtens habe er seit 11 Jahren stationär und ambulant im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie gearbeitet. Zudem habe er 7 Monate im Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stelle G.____ gearbeitet. Im Übrigen sehe er keinen Grund, von seiner Beurteilung abzuweichen (S. 1 f.). 5.

5.1

Vorab zu prüfen ist die Verwertbarkeit des psychiatrischen Gutachtens der C.____. Die Beschwerdeführerin machte diesbezüglich eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, indem ihr

die Namen der beteiligten Gutachter vorgängig nicht mitgeteilt worden seien, sondern sie direkt zum Gutachten aufgebieten worden sei. Zudem habe keine Zeit mehr bestanden, allfällige Befangenheits- oder Ausstandsgründe vorzubringen (Urk. 1 S. 6 Ziff. 3). 5.2

Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs im Zusammenhang mit der Einholung des C.____-Gutachtens ist nicht ersichtlich. Nach Art. 44 ATSG hat der Versicherungsträger der versicherten Person die Namen bekannt zu geben, wenn ein Gutachten eingeholt wird; diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen. Sinn und Zweck dieser Bestimmung ist, dass vorgängig die gesetzlichen Ausstands- und Ablehnungsgründe vorgebracht werden können (BGE 32 V 376 E. 7.3 S. 383).

Vorliegend steht fest, dass sowohl der Beschwerdeführerin als auch ihrer Rechtsvertreterin die Namen der Begutachter vorgängig, erstmals mit Schreiben der

C.____ vom 17. Oktober 2011 (Urk. 7/109) mitgeteilt worden sind. Abgesehen davon machte die Beschwerdeführerin auch nicht geltend, dass gegenüber Dr. E.____ oder Dr. F.____ ein Ausstands- oder Ablehnungsgrund im Sinne von Art. 36 Abs. 1 ATSG bestanden hätte. Der vorgebrachte Einwand der mangelnden fachlichen Kompetenz der Experten ist kein Ausstands- bzw. Ablehnungsgrund, sondern bei der noch folgenden Würdigung des Gutachtens in Betracht zu ziehen (BGE 132 V 93 E. 6.5 S. 108 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_474/2009 vom 7. Januar 2010 E. 7.1). 6.

6.1

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin hat sich, wenn man vom

Z.____-Gutachten vom September 2005 (vorstehend E. 3.2) ausgeht, im massgeblichen Zeitraum zwischen der rentenablehnenden Verfügung vom Oktober 2005 (Urk. 7/26) und der angefochtenen Verfügung vom August 2012 (Urk. 2) insofern verschlechtert, als dass auf körperlicher Ebene durch die degenerativen Befunde Funktionseinschränkungen resultierten, und nun die angestammte Tätigkeit nur noch im Umfang von 50 bis mittelfristig 60% und eine angepasste Tätigkeit zwar noch zu 100% - aber unter Inkaufnahme einer (aktuellen) Leistungseinbusse von 25% - zumutbar ist. Die Beschwerdegegnerin ist damit zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten. 6.2

Die Beschwerdegegnerin stützte ihre rentenanspruchsverneinende Verfügung (Urk. 2) auf das rheumatologische Gutachten der Ärzte des B.____

vom Juli 2011 (vorstehend E. 4.3) und das psychiatrische C.____-Gutachten vom Dezember 2011 (vorstehend E. 4.4), und erachtete die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit mittelfristig zu 60%

und in einer angepassten Tätigkeit zu 75% arbeitsfähig (vgl. Urk. 7/131 S. 7 f.)

Das

B.____-Gutachten vom Juli 2011 berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen umfassend auseinander. Es wurde sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Es erfüllt daher die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.6), weshalb darauf abgestellt werden kann. Gleiches gilt im Hinblick auf das psychiatrische Gutachten der C.____.

Was die von der Beschwerdeführerin gerügte fachliche Befähigung von Dr. E.____ und Dr. F.____

betrifft, ist festzuhalten, dass Dr. E.____ über das dem Facharztstitel (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) entsprechende Wissen verfügt. Zwar ist er erst seit 2010 im Besitz des Facharztstitels, jedoch hatte er - gemäss seinen eigenen, unbestritten gebliebenen Angaben (vorstehend E. 4.5) - im Zeitpunkt der Begutachtung seit 11 Jahren stationär und ambulant im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie gearbeitet. Nichts zu ihren Gunsten abzuleiten vermag die Beschwerdeführerin aus dem von ihr zitierten Urteil des Bundesgerichts (8C_290/2011 vom 13. September 2011). Ausschlaggebend für die Kritik an einem Gutachten waren dort verschiedene Ungereimtheiten in der Beurteilung und nicht in erster Linie der relativ kurzzeitige Besitz des Facharztstitels.

Im Zusammenhang mit der Beteiligung eines nicht über einen Facharztstitel in Psychiatrie verfügenden Assistenzarztes ist zu bemerken, dass das Bundesgericht wiederholt entschieden hat, dass einem durch einen Assistenzarzt erstellten und durch den Vorgesetzten lediglich visierten Gutachten nicht von vorn herein jeglicher Beweiswert abgeht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_213/2010 vom 3. August 2010 E. 2.2).

Im Übrigen bestehen keine Umstände, welche hier zu einer anderen Beurteilung Anlass zu geben vermöchten, zumal Oberarzt Dr. E.____ gemäss eigenen Angaben (vgl. Urk. 7/122/17) die Akten studiert und eine eigene psychiatrische Untersuchung (2. Gesprächstermin) durchgeführt und er zudem das Gutachten mitunterschieden hat, was auch bezüglich der Verfassung der Expertise auf seine Mitwirkung schliessen lässt. Auch fügte er dem Gutachten an, die Beurteilung entspreche vollständig seiner eigenen Beurteilung des Falles (Urk. 7/122 S. 17).

Da auch das psychiatrische Gutachten der C.____ die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.6) erfüllt und darauf abgestellt werden kann, und auch die übrigen vorliegend medizinischen Akten nichts ergeben, was auf eine anderweitige Einschätzung der Lage hindeuten würde, ist die Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen nicht ersichtlich. 6.3

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt als in dem Sinne erstellt zu erachten, dass sowohl dem rheumatologischen Gutachten des B.____ vom Juli 2011 als auch dem psychiatrischen Gutachten der C.____ vom Dezember 2011 gefolgt werden kann und davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit mittelfristig noch zu 60 % und in einer angepassten Tätigkeit noch zu 75 % leistungsfähig ist. 7.

7.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen Einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gestellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen). 7.2

Für den Einkommensvergleich ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2010, abzustellen (BGE 128 V 174,

BGE 129 V 222).

Da die Beschwerdeführer in in den letzten Jahren vor Eintritt des Gesundheits schadens unregelmässig in verschiedenen Hilfsanstellungen gearbeitet hat und zwischenzeitlich mehrfach arbeitslos war (vgl. Urk. 7/18/4, IK-Auszug; Urk. 7/ 57), stellte die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Valideneinkom mens zu Recht auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebene Lohnstrukturerhebung (LSE) ab.

Gemäss LSE belief sich der mittlere Lohn von Frauen für Hilfsarbeiten im Dienst leistungssektor

im Jahr 2010 auf Fr. 4' 206.-- (LSE 2010, S. 27 , Tabelle TA1, Total, Niveau 4). Dies ergibt umgerechnet auf ein Jahr, bei einer durch schnittl ichen Wochenarbeitszeit von 41. 7

Stunden (Die Volkswirtschaft 9 -201 3, S. 94 Tabelle B 9.2, lit . G-S) rund

Fr. 52' 617 .-- für das Jahr 2010 (Fr. 4' 206 .--: $40 \times 41.7 \times 12$). 7.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt es Erwerbseinkommen gegeben, nament lich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bun desamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/ aa und bb , vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standar disierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, wes halb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E.

3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a). 7.4

Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist auf den standardisierten Durch schnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirt schaftszweigen des privaten Sektors abzustell en. Das im Jahr 2010 von Frauen im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betru g Fr. 4'225 .-- (LSE 2010, S. 26, Tabelle TA1, Total, Niveau 4). Dies ergibt umgerechnet auf ein Jahr, bei einer durchschnittl ichen Wochenarbeitszeit von 41.6

Stunden (Die Volkswirtschaft 9 -201 3, S. 94 Tabelle B 9.2, Total)

und unter Berücksichtigung des noch möglichen Pe nsums von 75 %

ein Invaliden einkommen von Fr. 39'546 .-- für das Jahr 2010 (Fr. 4'225.--: $40 \times 41.6 \times 12 \times 0.75$). 7.5

Ein Abzug vom Tabellenlohn soll den im konkreten Fall anzunehmenden lohn mindernden Umständen Rechnung tragen. Ob solche Umstände gegeben sind und inwieweit sie sich lohnmindernd auswirken, prüft die Rechtsanwendung im Rahmen der Bewei swürdigung. Dem Aspekt, dass die Beschwerdeführer in in einer behinderungsangepassten Tätigkeit in einer anderen Branche keinerlei Berufserfahrung mitbringt und damit wieder bei „Null“

beginnen müsste, wurde mit Einstufung auf Niveau 4 der LSE Tabellenlöhne, bei denen es sich um einfache und repetitive Tätigkeiten ohne vorausgesetzte Berufs- und Fachkenntnisse handelt, Rechnung getragen. Die benötigten Pausen und das verlangsamte Arbeitstempo wurden schon mit der

um 25 %

reduzierten Leistungsfähigkeit berücksichtigt.

Die Staatsangehörigkeit der Beschwerdeführerin rechtfertigt hier ebenfalls keinen Abzug, da sie sich seit 1991 in der Schweiz aufhält und sich auch integriert hat. Zudem halten sich auch die Einkommenseinbußen, die niedergelassene Ausländerinnen (Kat. C, vgl. Urk. 7/54/1) im Vergleich zu Schweizerinnen bzw. im Vergleich zum Totalwert hinnehmen müssen, in relativ engem Rahmen.

In Anbetracht dessen erscheint ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug nicht angebracht. 7. 6

Bei einem Invalideneinkommen in der Höhe von

Fr. 39'546.-- und einem Valideinkommen von rund Fr. 52'617.-- resultiert eine Einkommenseinbuße von Fr. 13'071.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 25 % entspricht, bei welchem Ergebnis der Beschwerdeführer in keine Rente der Invalidenversicherung zusteht.

Daran ändert sich auch nichts, wenn man - wie die Beschwerdeführerin geltend machte (vorstehend E. 2.2)

bei der Berechnung des Valideneinkommens

auf das im Jahr 2010 von Frauen im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen abstellt (LSE 2010, S. 26, Tabelle TA 1, Total, Niveau 4)

. Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 8

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 9

900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg Bonazzi - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der

Rechtskraft) 4.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Schucan

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