

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00166 vom 18. März 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00166](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00166)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00166 du 18 mars 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00166 del 18 marzo 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Mit Einspracheentscheid vom 26. März 2003 verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, den Anspruch der 1970 geborenen und zu letzt als Hilfsbäckerin erwerbstätig gewesene n

X.\_\_\_\_ auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente (Urk. 8/37).

Am 23. Mai 2011 meldete sich die

seither nicht mehr erwerbstätig gewesene Versicherte unter Hinweis auf seit 2000 bestehende psychische Beschwerden und Gelenkschmerzen erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 8/49). Daraufhin tätigte die IV-Stelle Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht. Ins besondere liess sie die Versicherte in der MEDAS Y.\_\_\_\_ begutachten (Gutachten vom 10. Mai 2012, Urk. 8/72). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 8/77 ff.)

verneinte sie mit Verfügung vom 15. Januar 2013 den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

### **E. 2**

.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein ( Art.

### **E. 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.

### **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art.

### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG). 2. 3

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). 2. 4

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 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten 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 Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). 2. 5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gebe nenfalls 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 kön nen (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2 . 6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist ent scheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderli chen allseitigen Untersuchun gen beruht, die geklagten Beschwerden berück sichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person aus ein ander setzt was vor allem bei psychischen Fehlent wicklungen nö tig ist , in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinander setzung mit den Vorakten ab gegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zu sammenhänge ein leuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Ex per ten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszu räu mende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Be antwortung der Fragen er schweren oder verunmöglichen, gebe nenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S.

30 f.; derselbe in H. Fredenhagen , Das ärzt liche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 3 .

Zeitlicher Referenzpunkt für die Beurteilung einer anspruchrelevanten Ände rung bildet der die erste Rentenablehnung bestätigende Einspracheent scheid vom 26. März 2003 (Urk. 8/37). Dieser Entscheid gründet auf dem Gut achten der MEDAS

Z.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2002 (Urk. 7/16, insbe s on dere

S.

### **E. 13**

f.) , wo rin folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wur den: - Asthenische Konstitution - Untergewicht (161 cm/47.5 kg/BMI 18.5) - vegetative Dystonie - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradikulärer Symptoma tik links - Segmentdegeneration L5/S1 mit Bandscheiben-Dehydratation und kleiner, nicht neurokompressiver

Diskusprotrusion - Flachrücken - Status nach thorakolumbalem Morbus Scheuermann - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Schmerzausweitung in Richtung eines Panvertebralsyndroms und einer Ganz körperschmerzstörung - funktionel les sensibles Hemisyndrom links

Daneben bestand eine sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht auswirkende Abduzen sparese links, wahrscheinlich mit Amblyopie . Der über Schmerzen in der ganzen Wirbelsäule sowie in den Beinen klagenden Beschwerdeführerin wurde eine Ar beitsfähigkeit von 70 % für die zuletzt ausgeübte, leichte bis mittelschwere Tä tigkeit als Hilfsbäckerin und als Hausfrau beziehungsweise eine lediglich aus psychiatrischer Sicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leichten Tätigkeit attestiert.

4 .

Die Beschwerdegegnerin begründet die erneute Rentenablehnung damit, dass die Beschwerdeführerin laut dem Y.\_\_\_\_ - Gutachten vom 10. Mai 2012 (Urk. 8/72) in der angestammten sowie in einer behinderungsangepassten Tätigkeit weiter hin zu 80 % arbeitsfähig sei (Urk. 2 S. 1 , Urk. 7) .

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, auf das Y.\_\_\_\_ -Gutachten könne wegen offensichtlicher Widersprüchlichkeit und Unvollständigkeit nicht abgestellt werden. Ihr Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung in der MEDAS Z.\_\_\_\_ im Jahre 2002 wesentlich verschlimmert (Urk. 1 S. 6 ff.). 5 . 5 .1

Im Bericht des A.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2010 (Urk. 8/68 ) wurden aufgrund einer vom 12. April bis 7. Juni 2010 dauernden tagesklinischen Behandlung folgende Diagnosen gestellt: - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Selbstunsichere Persönlichkeit (ICD-10 F60.6) - Minimale mediolaterale Diskusprotrusion L5/S1 links (Erstdiagnose im Mai 2000) - Leichte Hyperkyphose der mittleren Brustwirbelsäule mit beginnender Spondylosis

deformans , leichte Chondrose Th7/8, kleine Schmorl'sche Knoten in den Endplatten Th9-12 am ehesten vereinbar mit Status nach leichtem Morbus Scheuermann, leichte Chondrose L5/S1. Der Diskus L5/S1 ist fast vollständig dehydriert und zeigt paramedian bis knapp foraminal links eine breitbasige Vorwölbung mit leichter Impression des Duralschlauches (Erstdiagnose im September 2000)

Im Bericht wurde weiter ausgeführt , dass die Beschwerdeführerin weiter hin unter Schmerzen in der ganzen Wirbelsäule leide. Zusätzlich klagt sie über Kopfschmerzen sowie Schmerzen in beiden Beinen, Armen und Fingern . Ab 2000 hätten Depressionen mit Lust- und Interessenlosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, Sinnlosigkeitsgedanken, Vergesslichkeit, Gedankenkreisen , Rückzug, Schlafstörungen und Appetitverminderung eingesetzt. Aufgrund der schweren Depression und des von der Beschwerdeführerin beschriebenen Leistungsbildes schätzten die berichtenden Therapeuten die Arbeitsunfähigkeit auf 100 % ein. 5 .2

Seit 2005 wird die Beschwerdeführerin von Dr. med. B.\_\_\_\_ , Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, hausärztlich betreut . Im Bericht vom 7. September 2011 (Urk. 8/58) stellt e Dr. B.\_\_\_\_

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches Schmerzsyndrom - degenerative Wirbelsäulenveränderungen - Dekonditionierung - muskuläre Insuffizienz - Depression

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mass sie dagegen folgenden Diagnosen bei: - Meniere /Tinnitus - Unterbauchbeschwerden multipler Aetiologie - Hypotonie - Migräne - Eisenmangel

Weiter führte sie aus, die Beschwerdeführerin klagt über chronische multiple Beschwerden des Bewegungsapparates, vor allem der Lendenwirbelsäule. Befund und Prognose seien unverändert. Die Beschwerdeführerin könne nicht arbeiten und mache den Haushalt. Die bisherige Tätigkeit sei kaum noch zumutbar. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit über zehn Jahren in keinem Arbeitsprozess. 5 .3

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

behandelt die Beschwerdeführerin seit Dezember 2004. Im Bericht vom 4. Oktober 2011 (Urk. 8/61)

stellte er folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10 F33.11, F33.2), seit 2004 - Selbstunsichere Persönlichkeit (ICD-10 F60.6) - Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach 1995 - Chronifiziertes Schmerzsyndrom bei bekannten Wirbelsäulenänderungen seit vielen Jahren

Sodann gab er an, nach der ersten Rentenablehnung habe die Beschwerdeführerin weiter unter intensiven körperlichen Beschwerden gelitten. Sie sei gar nicht imstande gewesen, einer auswärtigen Tätigkeit nachzugehen. Anfang 2004 sei es zum Ausbruch der psychischen Beschwerden gekommen. Zu Behandlungsbeginn am 2. Dezember 2004 habe er einen depressiven Zustand mit somatischen Symptomen und intensiven Ängsten festgestellt. Der Zustand habe sich bis heute als therapieresistent erwiesen. Die depressiven und Angstsymptome bestünden in voller Intensität weiter. Die Störung habe sich chronifiziert und einen weiteren invalidisierenden Verlauf genommen. Nach dem bisherigen Verlauf des psychischen Leidens und dem jetzigen Krankheitsbild sei auch in Zukunft mit weiterer Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Abschliessend attestierte Dr. C.\_\_\_\_ eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab Behandlungsbeginn und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit seit Februar 2010.

Im Verlaufsbericht vom 13. März 2012 (Urk. 8/66) an Dr. B.\_\_\_\_ wiederholte Dr. C.\_\_\_\_ die der Beschwerdegegnerin gegenüber gemachten Angaben. 5.4

Laut Y.\_\_\_\_ - Gutachten vom 10. Mai 2012 (Urk. 8/72) wirken sich folgende Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus (S. 16 f.): - Panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - rumpfmuskulärem Globaldefizit und Dysbalance, verkürzter Ilipsoas - röntgenologisch leichtgradiger

Atlantoaxialarthrose und mässiger Spondylarthrose C2-4 sowie fortgeschrittener praesacraler

Chondrose L3/4 - grazilem Habitus und asthener Konfiguration - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0/33.1) mit - anhaltender somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit/bei - asthender dependenter Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73)

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massen sie dagegen folgenden Diagnosen bei (S. 17): - Abduzensparese links - Wurzelreizsyndrom L5 links - Oberes Zervikalsyndrom - Ulnaris -Reizsyndrom beidseits

Weiter führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin leide seit zwölf Jahren unter ubiquitären Schmerzen. Die chronische Schmerzsymptomatik sei als Ausdruck einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren. Der Ausprägungsgrad der Depression sei keineswegs so stark, wie aus den vor gelegten Akten zunächst ersichtlich gewesen sei. Die in der Vergangenheit gestellte Diagnose einer mittelschweren oder gar schweren depressiven Episode sei nicht zu bestätigen. Das Niveau einer mittelschweren depressiven Episode werde allenfalls gerade eben erreicht. Hinsichtlich der in der Vergangenheit wiederholt diagnostizierten asthender

dependenten Persönlichkeitsstruktur zeige sich das as thene Persönlichkeitsbild , allerdings nicht von krankheitswertigem Ausmass . Die Beschwerdeführerin sei trotz unverkennbarer asthen

dependenten Akzenten in der Persönlichkeitsstruktur hinreichend in der Lage, sich auf jeweilige Situationen, Sachverhalte und das Gegenüber einzustellen. Gegen die Annahme einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung spreche darüber hinaus, dass die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen sei, 1990 in die Schweiz zu emigrieren und in den Folgejahren auch gut integriert zu arbeiten. Die wiederholt beschriebene Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht bestätigt werden. Trotz insistierender Nachfrage habe die Beschwerdeführerin ein traumatisierendes Ereignis verneint . Des Weiteren fänden sich keinerlei Symptome, die den Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV gerecht würden (S.

#### **E. 14**

f., S.

17).

Ferner sei aus neurologischer Sicht keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu stellen . Eine linksseitige Abduzensparese bleibe ebenso ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wie ein Wurzelreizsyndrom L5 links und ein oberes Zervikalsyndrom . Auch ein Ulnarisreizsyndrom beidseits sei für die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht relevant (S. 16 f.).

Aus orthopädisch- traumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der Lage, nur noch leichte rückenadaptierte Tätigkeiten zu einem Pensum von 80 % zu verrichten. Dabei sollte sie die Arbeitsposition zwischen Sitzen, Stehen und Umhergehen wechseln können. Zu meiden seien Arbeiten in körperlichen Zwangshaltungen wie vornübergebeugt stehend, kniend, hockend, kauern und einhergehend mit repetitiven Bewegungsanforderungen an die Halswirbelsäule und an den Rumpf. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg limitiert. Die bisherige Tätigkeit im Reinigungsdienst eines Restaurants könne die Beschwerdeführerin nicht mehr verrichten, da sie als mittelschwer einzu stufen sei (S. 15 f.) .

Zusammenfassend gelang t en die Gutachter aus polydisziplinärer Sicht zur Auf fassung, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, ihrem Belastbarkeitsprofil entsprechend Tätigkeiten in einer integral betrachteten Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % zu verrichten . Eine massgebliche Verschlimmerung gegenüber dem Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ aus dem Jahre 2002 sei nicht eingetreten. Möglicherweise möge passager im Jahre 2010 eine ak zen tuier te depressive Symptomatik vorgelegen haben, welche die Notwendigkeit der teilstationären Behandlung im A.\_\_\_\_ begründet habe. Mittlerweile sei der psychopathologische Befund aber wieder stabiler (S. 17 f., S. 20) . Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, ihrer körperlichen Konstitution entsprechende leichte körperliche Arbeit einfacher bis durch schnittlicher geistiger Art mit einfacher bis durchschnittlicher Verantwortung zu verrichten

(S. 18) . 6. 6.1

Gegen das Y.\_\_\_\_ - Gutachten vom 10. Mai 2012 wendet die Beschwerdeführerin zunächst ein, mit einer rezidiv i erenden depressiven Störung und einer asthen

dependenten Persönlichkeitsakzentuierung sei eindeutig eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes diagnostiziert worden. Eine Auseinandersetzung mit den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei jedoch unterlassen worden (Urk. 1 S. 6).

Es mag zwar zutreffen, dass sich das Beschwerdebild im Laufe der Jahre subjektiv verschlechtert hat und sich die Beschwerdeführerin in ihrem Alltag noch mehr eingeschränkt fühlt, als dies zur Zeit der ersten Rentenablehnung der Fall war. Infolge der inzwischen durchgeführten ärztlichen Abklärungen und der eingeleiteten Psychotherapie ist die Liste der Diagnosen aus orthopädischer, neurologischer und nicht zuletzt aus psychiatrischer Sicht detailierter geworden. Eine neu dazu gekommene Diagnose, mit welcher eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verbunden wäre, hat sich daraus indes nicht ergeben. So legten die Y.\_\_\_\_ - Gutachter

nachvollziehbar dar, wieso trotz asthen

dependenter Akzente in der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin keine krankheitswertige Persönlichkeitsstörung vorliegt (Urk. 8/72 S. 14). Diese neu in sogenannter ICD-10-Z-Kodierung gestellte Diagnose stellt recht sprechungsgemäss keine invaliditätsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C\_605/2012 vom 23. Januar 2013 E. 3.3 mit Hinweisen).

Hinsichtlich der bald nach der ersten Rentenablehnung aufgetretenen depressiven Störung ist festzuhalten, dass es eine depressive Entwicklung wie sie im Y.\_\_\_\_ - Gutachten vom 10. Mai 2012 diagnostiziert wird selbst bei Vorliegen einer definitionsgemäss vorübergehenden

höchstens mittelgradigen Episode nicht die nötige Intensität, Ausprägung und Dauer aufweist, um als eigenständige Krankheit betrachtet zu werden. Vielmehr ist darin in erster Linie eine (reaktive) Begleiterkrankung zu der seit Jahren bestehenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen. Eine mittelgradige depressive Episode stellt sodann rechtspredungsgemäss grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten grundsätzlich auch als therapeutisch angebar (Urteil 9C\_302/2012 vom 13. August 2012 E. 4.3.2 mit Hinweisen [nicht publ. in: BGE 138 V 339]).

Damit vermag die depressive Symptomatik selbst bei Erreichen einer mittelgradigen Ausprägung keinen vollständig invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden darzustellen. 6.2

Ins Leere stösst sodann die Kritik, zur psychiatrischen Abklärung in

Y.\_\_\_\_ seien

im Gegensatz zum A.\_\_\_\_ keine Tests durchgeführt worden (Urk. 1 S. 6), da die Rechtsprechung solchen Testverfahren höchstens ergänzende Funktion zuerkennt, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 391/06 vom 9. August 2006 E. 3.2.2 sowie Bundesgerichtsurteile 9C\_458/2008 vom 23. September 2008 E. 4.2, 8C\_266/2012 vom 2. Juli 2012 E. 4.1 und 9C\_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5). 6.3

Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 7) überzeugen eben falls die im Y.\_\_\_\_ - Gutachten vom 10. Mai 2012 angegebenen Gründe für die Verwerfung der von Dr. C.\_\_\_\_ und den Therapeuten des A.\_\_\_\_ gestellten Diagnose eines Status nach posttraumatische r

Belastungsstörung im Jahre 1995. Zu bedenken ist diesbezüglich

einerseits, dass die Akten, insbesondere die Angaben im Bericht des A.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2010 (Urk. 8/68 S. 3),

keine drei Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Traumas

nach ICD-10 F43.1 liefern. Darunter wird ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass gefasst, was bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder der Umstand, Zeuge des gewaltsamen Todes an derer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder an derer Verbrechen zu sein (Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S. 207).

Da die Beschwerdeführerin bereits 1990 somit zwei Jahre vor dem Ausbruch des Krieges in ihrem Heimatland in die Schweiz emigrierte,

wurde sie mit dem Krieg lediglich indirekt

über ihre in der Heimat verbliebenen Familienangehörigen konfrontiert.

Diese

Kriegserfahrungen

mögen zwar belastend gewesen sein, ihnen fehlt jedoch die geforderte Schwere um sie als traumatisches Erlebnis zu qualifizieren.

Andererseits erwähnte die Beschwerdeführerin während der Begutachtung in

Y.\_\_\_\_

den 1995 erlittenen Abort mit operativer Entfernung der Plazenta im Rahmen der persönlichen Anamnese (Urk. 8/72 S. 9), ohne ihn jedoch als schwere

traumatische

Erfahrung zu bezeichnen. Ebenfalls im A.\_\_\_\_ wurde der Abort lediglich als „belastend“ interpretiert (Urk. 8/87 S. 2

f.), weshalb auch dieses

unbestrittenermassen belastende Erlebnis kein Auslöser einer Traumatisierung im Sinne von ICD-10 43.1 darstellen kann. Weitere traumatische Erlebnisse lassen sich den Akten nicht entnehmen.

Darüber hinaus wie

der psychiatrische Gutachter des

Y.\_\_\_\_

zu Recht auf das Fehlen der typischen Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV hin (Urk. 8/72 S. 14) , welche sich von den in ICD 10 F43.1 genannten Kriterien nicht wesentlich unterscheidet (vgl. Sass / Wittchen / Zaudig / Houben , Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen –

Text revision

DSM-IV-TR, Göttingen 2003, S. 515 ff.).

Die typischen Symptome lassen sich auch nicht der Berichterstattung der behandelnden Ärzte entnehmen, weshalb die Schlussfolgerungen im Y.\_\_\_\_ - Gutachten vom 10. Mai 2012 auch diesbezüglich überzeugen. 6.4

Weiter rügt die Beschwerdeführerin einen Widerspruch des Y.\_\_\_\_ - Gutachtens vom 10. Mai 2012

mit

der orthopädischen Einschätzung einer 100 % igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und der Verneinung einer gesundheitlichen Verschlimmerung (Urk. 1 S. 7 f.).

Zwar schätzten die Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ im Jahre 2002 die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit auf 70 % ein (Urk. 8/16 S.

14). Dies begründeten sie damit, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsbäckerin im Restaurant eines Supermarkts zur Hälfte eine leichte und zur Hälfte eine mittelschwere Tätigkeit darstelle (Urk. 8/16 S.

13 f.). Die Y.\_\_\_\_ - Gutachter

gingen von einem anderen Anforderungsprofil aus, nämlich von einer zumindest mittelschweren Tätigkeit im Reinigungsdienst eines Restaurants ,

welche sie der asthen konfigurierten Beschwerdeführerin bereits rein konstitutiv als unzumutbar erachteten. Wenn aber die Gutachter von verschiedenen Anforderungsprofilen der angestammten Tätigkeit ausgingen, ist es nachvollziehbar, dass sie auch zu unterschiedlichen Einschätzungen kamen. Diese unterschiedliche Beurteilung vermag jedoch die Beweiskraft des Y.\_\_\_\_ - Gutachtens vom 10. Mai 2012 nicht zu schmälern.

Hinsichtlich des für die spätere Durchführung des Einkommensvergleichs massgebenden Verlaufes der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit

besteht dagegen Übereinstimmung zwischen dem Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2002 und dem Y.\_\_\_\_ - Gutachten vom 10. Mai 2012. 6.5

Der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Zusammenhang mit der depressiven Erkrankung und der Persönlichkeitsstruktur erkannten die Y.\_\_\_\_ - Gutachter eine die Arbeitsfähigkeit um 20 % einschränkende Wirkung zu. Recht sprechungsgemäss ist dabei entscheidend, ob die betroffene Person, von ihrer psychischen Verfassung her gesehen, objektiv an sich die Möglichkeit hat, trotz ihrer subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4 mit Hinweisen). Hinsichtlich der Umstände, welche die Schmerzbelastung intensiv und konstant behindern könnten, würde es der leichten bis höchstens mittelgradigen depressiven Episode an der erforderlichen (erheblichen) Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer fehlen, damit angenommen werden könnte,

dass es sich dabei um ein selbständiges Leiden und nicht lediglich um eine reaktive Begleiterscheinung der Schmerzverarbeitungsstörung handle. Zwar ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin insbesondere seit dem krankheitsbedingten Verlust der Arbeitsstelle wichtige soziale Kontakte verloren hat. Doch kann angesichts der bei der psychiatrischen Begutachtung angegebenen sonstigen Kontakte mit Bekannten und der Teilnahme am Paarleben (Urk. 8/72 S. 8) nicht von einem schwerwiegenden, nahezu umfassenden sozialen

Rückzug mit gleichsam apathischem Verharren in sozialer Isolierung gesprochen werden. Ferner besteht im Lichte der Aktenlage kein Grund zur Annahme eines ausgeprägten, therapeutisch nicht mehr angehbaren primären Krankheitsgewinns; ein sekundärer Krankheitsgewinn (Schmerz etwa als Entlastung von Pflichten) wäre hingegen rechtlich unbeachtlich. Schliesslich wiegt der Umstand, dass die Behandlungsergebnisse trotz längerer Therapie insgesamt nicht wie erhofft ausfielen, in Würdigung der Gesamtsituation nicht derart schwer, dass dies zusammen mit dem inzwischen wohl chronifizierten Krankheitsverlauf die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung rechtfertigen lässt. Aus rechtlicher Sicht sprechen somit nach wie vor keine hinreichenden Gründe dafür, dass die psychischen Ressourcen der Beschwerdeführerin nicht erlaubten, trotz ihrer Schmerzen eine Erwerbstätigkeit zu einem auf reduzierten 80 % Pensum auszuüben. 6. 6

Auch erfüllt das Y.\_\_\_\_ - Gutachten vom 10. Mai 2012 die weiteren Anforderungen an eine beweistaugliche beziehungsweise beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage: Es beruht auf einer eingehenden psychiatrischen orthopädischen und neurologischen Untersuchung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, setzt sich mit diesen und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge sowie in Bezug auf die gezogenen Schlussfolgerungen ein.

Demgegenüber scheinen sich die behandelnden Ärzte in ihren Stellungnahmen den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin wohl auch im Hinblick auf die Behandlungsziele

einen höheren Stellenwert beigemessen zu haben, welche

Vermutung auch von den Y.\_\_\_\_ - Gutachtern geäussert wurde (Urk. 8/72 S.

## **E. 18**

f.) . Dadurch lässt sich die Diskrepanz zwischen den Einschätzungen der Y.\_\_\_\_ - Gutachter einerseits und derjenigen des Psychiaters Dr. C.\_\_\_\_, der Hausärztin Dr. B.\_\_\_\_ sowie der Therapeuten des A.\_\_\_\_ andererseits erklären. 6.7

Die Beschwerdegegnerin hat demzufolge zu Recht auf das Y.\_\_\_\_ - Gutachten vom 10. Mai 2012 abgestellt und ist davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin mit Ausnahme einer vorübergehenden Verschlimmerung aus psychiatrischer Sicht im Jahre 2010

für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit weiterhin zu 80 % arbeitsfähig ist.

Bei dieser Sach- und Rechtslage ist mit Bezug auf den medizinischen Sachverhalt von im Wesentlichen unveränderten Verhältnissen seit der ersten Renten ablehnung am 26. März 2003 (Urk. 8/37) auszugehen.

Da auch keine erheblichen Veränderungen ersichtlich sind und solche auch nicht substantiiert geltend gemacht wurden – ein unbegründeter Hinweis auf ein heute höheres Validen Einkommen (Urk.

1 S.

9) reicht hierfür nicht –

ist von einem unveränderten, nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad auszugehen. Die Beschwerde ist damit abzuweisen. 7.

Zwecks Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Urk. 1 S. 9), hat sich die Beschwerdeführerin mit einem entsprechenden Gesuch an die Beschwerdegegnerin zu wenden, damit diese die Voraussetzungen für die Leistungszusprechung prüfe. 8.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - 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 GräubMeier-Wiesner

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