

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00602 vom 11. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00602

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00602 du 11 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00602 del 11 agosto 2015

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

E. 1.2

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung

(IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E.

1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den

gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprennung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.3

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

E. 1.4

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 Vorkenntnisse (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).

E. 1.6

S. 2). Die Beschwerdeführerin habe belastungs- und bewegungsabhängige Rücken- und Kreuzschmerzen sowie eine Depression. Diese Einschränkungen würden bei der Arbeit zunehmen (Ziff.

E. 1.7

S. 2 f.). Sie sei aufgrund der Rückenschmerzen gar nicht belastbar (Ziff.

E. 1.8

S. 3).

E. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrer Verfügung (Urk. 2) die von September 2011 bis Ende Dezember 2012 befristete Zusprache einer ganzen Rente damit, dass der Beschwerdeführerin nach Ablauf der Wartezeit vorerst keine Tätigkeit mehr zumutbar gewesen sei, weshalb sich ein Invaliditätsgrad von 100 % ergeben habe (S. 9). Seit dem 14. September 2012 bestehe bei Beachtung des näher umschriebenen Belastungsprofils wieder eine 80%ige Erwerbsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, so dass sich ein nicht mehr rentenbegründender Invaliditätsgrad von 25 % ergebe. Die Leistungen würden nach 3 Monaten und somit per 31. Dezember 2012 aufgehoben . Von einem ausgewiesenen schwerwiegenden sozialen Rückzug könne aufgrund der intakten Familiensituation nicht gesprochen werden (S. 10).

E. 2.2

Demgegenüber vertrat die Beschwerdeführerin den Standpunkt (Urk. 1), das Gut achten des Zentrums Z.____ sei in formeller Hinsicht unschlüssig und inkohärent. Die Rente könne bei anhaltenden respektive progredienten Beschwerden nicht aufgehoben werden. Auch sei die Beurteilung in psychischer Hinsicht inkongruent. Es könne nicht von einem intakten sozialen Gefüge gesprochen werden, wenn nur die Beziehung zur Kernfamilie existiere. Weiter hätten die Z.____ -Mediziner angegeben, dass ihre Beurteilung in etwa jener der Klinik A.____ entspreche, welche die Arbeitsfähigkeit für leichte adaptierte Tätigkeiten mit 50 % taxiert habe. Die MEDAS-Gutachter würden hingegen von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen, so dass diese Beurteilungen bei weitem nicht identisch seien (S. 2 f.).

Die Beschwerdeführerin gab weiter an, es gehe aus dem Dossier nicht klar hervor, ob die bisherige Tätigkeit zumutbar sei respektive weshalb die Z.____ -Mediziner der Meinung gewesen seien, dass sie ihren Arbeitsplatz quasi grundlos habe aufgeben müssen. Sie habe in einer der schwersten Abteilungen der damaligen Firma gearbeitet, sodass eine Abklärung der Tätigkeit vor Ort sowie eine Befragung des Chefs und der Arbeitskollegen beantragt werde, falls dies umstritten sei (S. 4 f.). Weiter führte sie aus, dass sie nach zwei Rückenoperationen sowie nach einem Selbstmordversuch sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht betroffen sei, was die entsprechende somatische und psychiatrische Komorbidität begründe. Sie leide an progredienten Rückenschmerzen sowie an übrigen somatischen Schmerzen, bei denen die fortschreitende degenerative Entwicklung belegt sei. Es sei daher nicht nachvollziehbar, dass sie plötzlich ab Beginn des Jahres 2013 wieder im rentenausschliessenden Ausmass tätig sein könne. Erst recht sei nicht nachvollziehbar, weshalb ihr kein leistungsbedingter Abzug gewährt worden sei (S. 5). Zudem habe die Beschwerdeführerin das Mahn- und Bedenkzeitverfahren unterlassen, wozu sie verpflichtet sei (S. 6).

E. 2.3

Unbestritten blieb die Ausrichtung einer ganzen Rente für die Zeit vom 1. September 2011 bis zum 31. Dezember 2012. Diese basiert auf der medizinischen Aktenlage (vgl. Urk. 7/106), weshalb nicht näher darauf einzugehen ist. Strittig und zu prüfen ist hingegen, ob die Beschwerdeführerin zu Recht einen Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2013 verneint hat.

E. 3

10

Am 14. September 2012 erfolgte durch die RAD-Ärztin M ed. pract . D.____ eine orthopädisch-rheumatologische Untersuchung. Im entsprechenden Bericht vom 29. November 2012 (Urk. 7/64) hielt sie als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom bei Status nach Diskushernienoperation sowie eine depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) fest (S. 8). M ed.

pract .

D.____ gab weiter an, dass der orthopädische Bericht der Klinik

A.____ vom 10. Februar 2012 im Wesentlichen nachvollzogen werden könne. Auch bei der derzeitigen Untersuchung habe eine massive Einschränkung der aktiven Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) bestanden. Motorische Defizite hätten allerdings auch heute

nicht gefunden werden können. Die Beschwerdeführerin habe über gleich bleibende Dysästhesien des linken Beines geklagt. Es sei zu einer erheblichen Symptomausweitung mit positiven Waddell-Zeichen gekommen. Ein somatischer Gesundheitsschaden sei ausgewiesen. In der bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin bestehe seit dem 14. September 2012 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, wobei sich die Einschränkung daraus ergebe, dass eine überwiegend im Stehen ausgeübte Tätigkeit der Beschwerdeführerin nicht mehr vollzeittätig zu mutbar sei. In einer behinderungsangepassten körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit

ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (Bücken, Hocken, Knien, Überkopfarbeiten), ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände, ohne andauernde Vibrationsbelastungen und Nässe-/Kälteexposition sei die Beschwerdeführerin seit dem 14. September 2012 zu 100 % arbeitsfähig (S. 8 f.).

E. 3.1

8

Dr. C.____

bezeichnete mit Schreiben vom 12. Dezember 2013 (Urk. 7/114) das Gutachten des Zentrums Z.____

als realitätsfern, wobei es der biopsychosozialen Situation der Beschwerdeführerin in keiner Weise gerecht werde. Es sei bezeichnend, dass die Einschätzung des Hausarztes in der „kritischen Würdigung vorhandener Arztberichte“ mit keinem Wort erwähnt werde. Die Arbeitsfähigkeit betrage maximal 30 % .

E. 3.2

Die Ärzte der Klinik B.____, informierten mit Austrittsbericht vom 11. April 2011 (Urk. 7/22/11-14) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 14. März bis zum 1. April 2011, wobei die Beschwerdeführerin mit Nennung der Diagnose von der Klinik

A.____ zugewiesen worden sei (S. 1). Die intensiven, nicht modulierbaren Schmerzen seien mit der Bildgebung und der Abwesenheit einer eindeutigen radikulären Symptomatik nicht in Einklang zu bringen. Die Beschwerdeführerin neige zur Schmerzfixierung und Katastrophisierung. Eine zusätzliche Beeinflussung durch psychosoziale Kontextfaktoren sei nicht auszuschliessen. Eine psychiatrische Betreuung sei zu empfehlen. Daneben sei die Fortsetzung eines multimodalen Programmes und eine engmaschige fachtherapeutische Begleitung von grosser Wichtigkeit. Als weiteren Therapieansatz sei eine erneute Infiltration zu diskutieren. Schliesslich sei eine Arbeitsfähigkeit für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit anzustreben, wobei sie den Wiedereinstieg mit einem Pensum von 50 % und eine kontinuierliche Steigerung nach Massgabe der Beschwerden empfahlen (S.

2).

E. 3.4

Mit erneutem Bericht vom 27. Oktober 2011 (Urk. 7/28/6 -7) informierten die Ärzte der Klinik

A.____ , dass sich im Verlauf eine weitere Zunahme der Schmerzen gezeigt habe. Die neuen MRI-Aufnahmen hätten eine Rezidiv-Diskushernie gezeigt, so dass am 20. Juni 2011 eine Re-Dekompression L4/5 links mit Entfernung der Rezidiv-Diskushernie durchgeführt worden sei. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos verlaufen und die Beinschmerzen hätten sich zurückgebildet. Es würden aber belastungs- und bewegungsabhängige Kreuzschmerzen persistieren. Der Beschwerdeführerin werde ab Januar 2012 eine 20%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeit attestiert (S. 1). Die Prognose sei ungewiss. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (S. 2).

E. 3.5

Die RAD-Ärztinnen m ed.

pract .

D.____ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Dr. med. E.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Arbeitsmedizin, gaben mit Stellungnahme vom 24. Januar 2012 (Urk. 7/32) an, dass eine Minderung der Belastbarkeit für dauerhaftes Stehen und dauerhaftes Sitzen sowie für regelmässiges Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten bestehe. Arbeiten in körperlichen Zwangshaltungen, insbesondere in gebückter Haltung, seien nicht mehr zumutbar, ebenso Arbeiten auf Leitern und Gerüsten. Die bisherige Tätigkeit sei daher nur noch teilweise möglich. Eine angepasste körperlich leichte Tätigkeit mit Heben und Tragen bis 5 kg, mit Wechselbelastung (Stehen, Gehen, Sitzen), und ohne Arbeiten im Freien ohne Witterungsschutz sei in einem höheren Mass möglich. Das Pensum könne mit 20 % begonnen und über 6 Wochen auf 100 % gesteigert werden.

E. 3.6

Die Ärzte der Klinik

A.____ gaben mit Schreiben vom 10. Februar 2012 (Urk. 7/34) an, dass das Schmerzsyndrom trotz Entfernung der Rezidiv-Diskushernie nie weiter persistiere. Morphologisch bestehe eine leichte- bis mässiggradige Diskusdegeneration mit Modic-Veränderungen, was die Rückenschmerzen erklären könne. Insgesamt sei aber eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeit möglich (S. 2).

E. 3.7

Med.

pract .

D.____

informierte am 5. März 2012 über die telefonische Rücksprache mit Dr. C.____. Danach sei die Beschwerdeführerin hoch motiviert, ihre Arbeit wieder aufzunehmen, wobei sie jedoch einem Arbeitsversuch in einem Pensum von 20 % unter optimal angepassten Bedingungen nicht stand gehalten habe. Trotz des unauffälligen MRI-Befundes leide die Beschwerdeführerin glaubhaft unter starken Schmerzen. Organisch könne er sich die Schmerzen nicht erklären (Urk. 7/35 S. 2).

E. 3.8

Die Ärzte des Spitals

F.____ informierten mit Austrittsbericht vom 20. Mai 2012 (Urk. 7/53) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 17. bis 18. Mai 2012. Die Beschwerdeführerin habe sich wegen Schwindel und Übelkeit notfallmässig selbst zugewiesen, nachdem sie am Abend zuvor in suizidaler Absicht Tabletten eingenommen habe (S. 1).

E. 3.11

Mit Schreiben vom 10. Dezember 2012 (Urk. 7/67) bestätigte Dr. G.____ die bisher von ihr gestellten Diagnosen und gab an, dass aus psychiatrischer Sicht eine Invalidität von 20–30 % bestehe.

E. 3.12

Med. pract . D.____

hielt mit Stellungnahme vom 28. Dezember 2012 fest, dass gesamthaft von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit und von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in wohlwollender Umgebung und in Beachtung des Belastungsprofils ausgegangen werden könne (Urk. 7/70 S. 7).

E. 3.13

Die Ärzte des Spitals H.____ gaben mit Bericht vom 19. Februar 2013 (Urk. 7/80/1-4) - unter Beilage der Berichtskopien vom 4. April 2012 (Urk. 7/80/7-9) und 23. November 2012 (Urk. 7/80/5-6) - an, dass sie die Beschwerdeführerin seit dem 3. April 2012 behandelten (S. 1 Ziff. 1.2) und führten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1 Ziff. 1.1): - chronische belastungsabhängige Lumbalgie linksbetont - Status nach interlaminärer Fensterung L4/5 links mit Entfernung einer Diskushernie am 28. Oktober 2010 - Status nach Revisionsfensterung L4/5 links mit Entfernung der Rezidiv-Diskushernie am 20. Juni 2011 - Status nach erfolgloser Wurzelinfiltration L5 im Februar 2011 - Wurzelinfiltration L4 links am 11. Juli 2012 ohne Effekt - Radikulopathie L5 links mit motorischem Defizit ; Differentialdiagnose (DD): Narbenbildung - schweres depressives Zustandsbild

Die Ärzte führten weiter aus, dass eine in der Zwischenzeit durchgeführte neurophysiologische Untersuchung weiterhin keine pathologischen Befunde als Korrelat der klinisch bestehenden L5 Radikulopathie links gezeigt habe. Im Verlauf sei die medikamentöse Schmerztherapie ausgebaut worden. Unter dieser Therapie sei es zu einer Reduktion der lumbalen Schmerzen von 30-40 % gekommen, wobei die Schmerzen vor allem unter statischer Belastung wie Stehen und Sitzen bestünden. Auch die Schmerzausstrahlung in das linke Bein habe sich um 20-30 % reduziert. Spaziergehen sei momentan bis zu zirka 30 Minuten möglich. Die Beschwerdeführerin beschreibe sowohl die Schlafqualität als auch die Stimmung als gebessert (S. 2 Ziff. 1.4). Eine Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei nicht Gegenstand der medizinischen Untersuchung und Behandlung gewesen (S. 4 Ziff. 1.8).

E. 3.14

Die Ärzte der Klinik I.____ führten im Austrittsbericht vom 8. April 2013 (Urk. 7/89) aus, dass die Beschwerdeführerin vom 4. März bis zum 29. März 2013 zur psychosomatischen Rehabilitation bei ihnen hospitalisiert gewesen sei. Als Diagnosen gaben sie – nachfolgend gekürzt aufgeführt – eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige

Episode (ICD-10 F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), ein chronisches lumbospondylogenes bis lumboradikuläres Schmerzsyndrom, einen Status nach Femurkopfnekrose links 2007 sowie eine Hypothyreose an (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe vor allem von der vorgegebenen Tagesstruktur und von den vermittelten Schmerz copingstrategien profitieren und ihr Krankheitskonzept erweitern können. Damit sei es auch zu einer leichten psychischen Aufhellung gekommen. Hingegen habe die Beschwerdeführerin keine wesentliche Schmerzlinderung erlebt, so dass sie sich auch physisch nur mässig rekonditionieren beziehungsweise steigern habe können. Die Ärzte gaben weiter an, sie hätten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit der Hospitalisation

ausgestellt. Eine berufliche Reintegration als Montagetagearbeiterin

sei aufgrund der Schmerzproblematik mittelfristig kaum denkbar (S. 3). Mit Bericht vom 12. Mai 2013 (Urk. 7/95) wiederholten die Ärzte der Klinik I.____ die bisher getätigten Aussagen.

E. 3.15

Die Ärzte des Zentrums Z.____ erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten

der Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Orthopädie, Neurologie sowie Psychiatrie am 5. November 2013 (Urk. 7/106). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Ärzte Folgendes auf (Ziff.

E. 3.16

J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, empfahl mit Stellungnahme vom 15. November 2013, auf das Gutachten des Zentrums Z.____ abzustellen und von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in einem Montagebetrieb mit schwerer körperlicher Belastung und von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss Ressourcenprofil auszugehen, wobei die psychiatrische Einschränkung 20% ausmache (Urk. 7/121 S. 3 ff.).

E. 3.17

Dr. G.____ informierte mit Schreiben vom 11. Dezember 2013 (Urk. 7/117) über den Behandlungsverlauf und gab dabei an, dass diverse Therapieversuche bisher keinen Erfolg gebracht hätten. Die Schmerzen seien unerträglich stark, weshalb am 5. November 2013 in der Klinik A.____

eine Facetteninfiltration L4/5 links und rechts, wie auch eine Infiltration L5/S1 links und rechts durchgeführt worden seien. Dies sei der letzte Versuch einer möglichen Verbesserung, bevor eine erneute Operation vorgenommen werde. Aus diesen Gründen lasse sich die Beurteilung des Zentrums Z.____ kaum nachvollziehen. Alle therapeutischen Massnahmen seien ausgeschöpft und hätten zu keinerlei Verbesserung des Zustandes oder der Arbeitsfähigkeit geführt. Im weiteren Verlauf hätten sich alle Symptome chronifiziert und ausgeweitet (S. 1 f.). Aufgrund der Chronifizierung der Erkrankung und der bestehenden Komorbidität bestehe eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine weitere Verbesserung sei kaum zu erwarten (S. 4).

E. 3.19

Dr. med. K.____, Facharzt für Neurochirurgie, führte bei der Beschwerdeführerin am 7. Januar 2014 eine provokative Diskographie L4/5 (frustrant L5/S1) sowie eine

Facetteninfiltration L4/5 links und L5/S1 links durch (vgl. Urk. 7/119/5). Mit Bericht vom 14. Februar 2014 (Urk. 7/119/6-9 = Urk. 7/120) gab er an, dass für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe (Ziff.

E. 3.20

Mit erneuter Stellungnahme vom 21. März 2014 (Urk. 7/121 S. 5) hielt RAD-Arzt J.____ an seiner bisherigen Stellungnahme fest, da der Bericht von Dr. K.____

keine neuen Diagnosen nenne, welche nicht bereits im Gutachten genaunt und gewürdigt worden seien. 4. 4. 1

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ist auf das Gutachten des Zentrums Z.____ (vorstehend E. 3.15) abzustellen. Das interdisziplinäre Gutachten umfasste die Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie, so dass es sich für die zu beurteilenden Fragen als umfassend erweist. Auch berücksichtigte das Gutachten die geklagten Beschwerden sowie das Verhalten der Beschwerdeführerin und wurde ferner in Kenntnis der Vorakten erstellt, zu welchen auch Stellung genommen wurde. So führten die Ärzte

insbesondere aus, weshalb entgegen der Ansicht des Spitals H.____ keine schwere depressive Störung vorliege. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Das Gutachten erfüllt damit die praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Demzufolge sind vorliegend als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom sowie eine sonstige rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mässiggradigen Ausmasses (ICD-10 F33.8), ausgewiesen. Die bisherige Tätigkeit ist der Beschwerdeführerin seit Oktober 2010 nicht mehr zumutbar.

Eine behinderungsangepasste leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der LWS, insbesondere ohne repetitives Bücken oder Heben von Lasten von mehr als 5 kg und ohne längere Gehstrecken, ist der Beschwerdeführerin hingegen zu 70 % zumutbar. Dies gilt sechs Monate nach der zweiten Rückenoperation vom 20. Juni 2011 und somit ab Januar 2012.

Insoweit ist auch ein Revisionsgrund ausgewiesen, ist eine Rente doch nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse bei gleich gebliebener Diagnose liegt auch dann vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (BGE 130 V 343 E. 3.5, Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). 4.2

Die der gutachterlichen Beurteilung entgegenstehende Einschätzung von Dr. C.____, wonach von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 30 % auszugehen sei (vorstehend E. 3.18), vermag daran nichts zu ändern. So ist der Bericht von Dr. C.____ zu undifferenziert, um überhaupt darauf abstellen zu können. Insbesondere ist nicht ersichtlich, ob sich die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit auf die bisherige Tätigkeit oder auf eine behinderungsangepasste Tätigkeit bezieht.

Auch die von ihm vorgebrachte Rüge, das Gutachten sei realitätsfern, weil es der biopsychosozialen Situation der Beschwerdeführerin in keiner Weise gerecht werde, ist unbeachtlich. Wie im Gutachten des Zentrums Z.____

zutreffenderweise festgehalten wurde, dürfen im Lichte der Rechtsprechung psychosoziale Faktoren bei der Bestimmung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden (vgl. Urk. 7/106 S. 56, BGE 127 V 294 E. 5a). Schliesslich ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen,

dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten der eigenen Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Auch die Berichte von Dr. G.____ lassen keine Zweifel an der schlüssigen Einschätzung des Z.____-Gutachtens aufkommen. In ihren ersten Berichten im Jahr 2012 (vorstehend E. 3.9, E. 3.11) ging

Dr. G.____ von einer Invalidität in der Höhe von 20-30 % aus, womit diese Einschätzung weitgehend mit der im Gutachten aufgrund der psychiatrischen Beschwerden festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 20 %

übereinstimmte. Die Ausführungen von Dr. G.____ im letzten Bericht (vorstehend E. 3.17) beziehen sich indessen auf somatischen Beschwerden und liegen somit ausserhalb ihres Fachgebietes der Psychiatrie, weshalb dieser Bericht für die vorliegende Beurteilung unbeachtlich ist. 4. 3

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei mit der progredienten Symptomatik nicht vereinbar (Urk. 1 S.

3), so ist insbesondere auf die obigen Ausführungen zu verweisen (vorstehend E. 4.1).

Auch das weitere Vorbringen der Beschwerdeführerin, es könne nicht von einem intakten sozialen Gefüge gesprochen werden, wenn nur die Beziehung zur Kernfamilie existiere (Urk. 1 S. 3), vermag die schlüssige Einschätzung des Zentrums Z.____ nicht in Zweifel zu ziehen. Der geschilderte Tagesablauf (Urk. 7/106 S.

E. 7

S. 49): - chronisches Lumbovertebralsyndrom mit seltener pseudoradikulärer Ausstrahlung links sowie residueller sensibler Ausfallssymptomatik der Wurzel L5 links bei - Status nach interlaminärer Fensterung L4/5 links mit Diskektomie bei Diskushernie L4/5, Oktober 2010 - Status nach Revisionsfensterung L4/5 links bei Rezidivhernie, Juni 2011 - degenerativen LWS-Veränderungen, vor allem tieflumbal - sonstige rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mässiggradigen Ausmasses (ICD-10 F33.8)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie auf (Ziff.

E. 8

S. 49): - minimal symptomatische deutliche Coxarthrose links bei Status nach Femurkopfn nekrose 2006 - gemäss Akten Status nach Halswirbelsäule (HWS) - Distorsionstrauma 2006, anamnestic ohne Residuen - Status nach Operation einer Unterschenkel fraktur links 1988 - Hypothyreose, substituiert - Nikotinabusus - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Status nach Suizidversuch mit Opiaten

In der psychiatrischen Teilbegutachtung wurde insbesondere ausgeführt, dass die Ansicht des Spitals H.____, dass bei der Beschwerdeführerin ein schweres depressives Zustandsbild vorliege, nicht geteilt werden könne. Die Beschwerdeführerin könne den Alltag bewältigen, habe eine gepflegte Erscheinung und pflege Kontakte, beispielsweise zu einer Kollegin. Auch unternahme sie Ferientaufenthalte in Kroatien (S. 45 unten). Weiter führten die Ärzte aus, dass aufgrund der organisch nicht genügend geklärten Schmerzen in Zusammenhang mit psychosozialen Konflikten und emotionalen Problemen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werde. Neben den vorhandenen psychosozialen Belastungsfaktoren sei aber doch klar auch ein organischer Befund vorhanden (S. 46 oben). Schliesslich gaben die Ärzte an, dass trotz klar vorhandener Befunde an der LWS, vor allem im Segment L4/5, das Ausmass der erlebten Schmerzen und der im Alltag angegebenen Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht nicht vollständig nachvollziehbar sei (Ziff.

E. 9

S. 50 unten).

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin in einem Montagebetrieb sei schwierig abschliessend zu beurteilen, da die Angaben bezüglich der ausgeübten Tätigkeit unterschiedlich angegeben worden seien. Gesamtheitlich betrachtet sei der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit seit Oktober 2010, dem Datum der ersten Rückenoperation, nicht mehr zumutbar (Ziff.

E. 10

S. 53 unten).

Eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der LWS, insbesondere ohne repetitives Bücken oder Heben von Lasten von mehr

als 5 kg und ohne längere Gehstrecken, sei der Beschwerdeführerin noch zu 70 % zumuten. Diese Beurteilung gelte sechs Monate nach der zweiten Rückenoperation, das bedeutet ab 2012. Die Einschränkung aus psychiatrischer Sicht betrage 20 %. Aus gesamtheitlicher Sicht bestehe somit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % in adaptierter Tätigkeit, welche sich durch vermehrt notwendige Pausen und die chronischen Schmerzen erkläre (Ziff.

E. 11

S. 54 oben). Die psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren seien bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden (Ziff. 15.3 S. 56).

Medizinische Massnahmen, welche die Arbeitsfähigkeit relevant verbessern könnten, seien aus orthopädisch-rheumatologischer und neurologischer Sicht nicht anzugeben. Von einer weiteren Operation sei dringend abzuraten. Die Prognose bezüglich des Rückens sei ungünstig. Aus psychiatrischer Sicht stehe die Beschwerdeführerin in suffizienter integrativ-psychiatrischer Behandlung, wobei mit einer weiteren Verbesserung zu rechnen sei (Ziff.

E. 12

f. S. 54 unten und S. 55 oben).

E. 16

ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vorzunehmen. 5.2

Für die Periode vollständiger Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten bedarf es zur Invaliditätsbemessung keines Einkommensvergleichs, da der Invaliditätsgrad 100 % beträgt.

Gemäss dem Gutachten des Zentrums Z.____ ist die 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sechs Monate nach der zweiten Rückenoperation vom 20. Juni 2011 zumutbar, folglich ab Januar 2012 (vorstehend E. 3.4, E. 3.15). Gestützt auf den Bericht von med. pract. D.____ (Urk. 7/64 S. 9; vgl. auch Urk. 7/121 S. 5) ging die Beschwerdegegnerin jedoch von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit per September 2012 aus, was nicht zu beanstanden ist (vgl. auch Art. 88a Abs. 1 IVV). 5.3

Beim Einkommensvergleich für die Bemessung des Invaliditätsgrades ab dem 1. Januar 2013 stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf den Durchschnitt der im Auszug des individuellen Kontos (IK-Auszug) ausgewiesenen Einkommen der Jahre 2007 bis 2010 und errechnete unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ein hypothetisches Valideneinkommen im Jahr 2012 von rund Fr. 57'500.-- (Urk. 2 S. 10, Urk. 7/69). Dieses Einkommen ist aufgrund der Akten (Urk. 7/15) nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten.

Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist allerdings dem Umstand Rechnung zu tragen, wenn die versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen bezog, so fern sie sich nicht aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommen begnügen wollte. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). Eine Parallelisierung ist indessen nur vorzunehmen, wenn die Differenz zum massgebenden Durchschnitt deutlich ist. Deutlich unterdurchschnittlich im Sinne von BGE 134 V 322 E. 4 ist der tatsächlich erzielte Verdienst, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn abweicht (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.2).

Die Beschwerdeführerin war als Montagarbeiterin bei der Y.____ tätig, wobei sie über keine Berufsausbildung verfügt. Der branchenübliche Tabellenlohn in der Branche „Maschinenbau“ für einfache und repetitive Tätigkeiten (LSE 2010, Tabelle TA1, Ziffer 28, S. 26, Anforderungsniveau 4) beträgt

unter Berücksichtigung der wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden und der Nominallohnentwicklung - im Jahr 2012 rund Fr. 58'754.-- (Fr. 4'604.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.01 x 1.01). Verglichen mit dem Einkommen von rund Fr. 57'500.--, welches die Beschwerdeführerin im gleichen Jahr tatsächlich verdient hätte, ist lediglich eine Abweichung von gerundet 2 % zu verzeichnen, so dass eine Parallelisierung der Erwerbseinkommen ausser Betracht fällt. 5.4

Das Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin – in Beachtung der geltenden Rechtsprechung (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis) – gestützt auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE), wobei sie auf den standardisierten Durchschnittslohn für

einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abstellte (LSE 2010, S. 26, Tabellengruppe TA1, Total, Anforderungsniveau 4) .

Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2012 von 41.7 Stunden und der allgemeinen Lohnentwicklung in den Jahren 2011 und 2012

ergibt sich ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 37'742.-- bei der zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % (Fr. 4'225.-- : $40 \times 41.7 \times 12 \times 1.01 \times 1.01 \times 0.7$) .

5.5
Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2). 5.6

Die Beschwerdeführerin erachtete vorliegend einen Abzug vom Tabellenlohn als gerechtfertigt, müsse sie sich als Ausländerin schon zum vornherein mit etwa 20 % weniger als die hiesige Bevölkerung abfinden (Urk. 1 S. 5), wogegen die Beschwerdegegnerin keinen solchen Abzug gewährte (Urk. 2). Hierzu gilt es zu sagen, dass die Beschwerdeführerin aus dem geltend gemachten Ausländerstatus nichts zu ihren Gunsten ableiten kann, ist sie gemäss den Akten doch schweizerischer Nationalität (Urk. 7/12). Auch wich ihr erzielttes Einkommen nicht wesentlich vom branchenüblichen Tabellenlohn ab (vorstehend E. 5.3). Das Belastungsprofil der behinderungsangepassten Tätigkeit rechtfertigt vorliegend auch keinen Abzug vom Tabellenlohn, umfasst der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 doch bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten und auch die Beachtung von Hebe- und Tragelimiten rechtfertigt keinen Abzug (Urteile des Bundesgerichts 9C_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2 und 9C_454/2011 vom 30. September 2011 E. 4.3). Ebenfalls begründet die fehlende Berufsausbildung der Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf einen Abzug, ist diese doch bei der Bestimmung des Anforderungsniveaus zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_427/2011 vom 15. September 2011 E. 5.2). Dem wurde hier Rechnung getragen, indem die Tabellenlöhne auf dem niedrigsten Anforderungsniveau 4 (einfache

und repetitive Tätigkeiten), welches keine Berufsausbildung erfordert, verwendet wurden.

Schliesslich rechtfertigt auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nur noch teilweise arbeitsfähig ist, keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 8C_712/2012 vom 30. November 2012 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

Andere Gründe sind nicht ersichtlich, so dass vorliegend ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn nicht gerechtfertigt ist. 5.7

Wird das Valideneinkommen von Fr. 57'500.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 37'742.-- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 19'758.--, was einem nicht mehr rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 34 % entspricht.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle -

Personalvorsorgestiftung der Y.____ - 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 Kudelski

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