

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00830 vom 24. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00830

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00830 du 24 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00830 del 24 marzo 2016

Erwägungen

E. 1.1

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

E. 1.2

und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. 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 Invaliditätsbeurteilung 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).

E. 2

Dagegen lässt die Versicherte, vertreten durch die CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG, mit Eingabe vom 25. August 2014 Beschwerde erheben mit den Anträgen, es sei die Verfügung vom 24. Juli 2014 aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen (Rente, berufliche Massnahmen) zu gewähren, eventualiter seien weitere Abklärungen vorzunehmen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 23. September 2014 beantragte die IV-Stelle Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 25. September 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 28 Abs. 1 IVG).

E. 2.3

hierzu).

Daher und da zu berücksichtigen ist, dass das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf (BGE 126 V 75 E. 6 mit Hinweisen) respektive in Abweichung grundsätzlich nur bei Unannehmlichkeiten, soweit dies möglich ist (BGE 137 V 71 E. 5.1), hat es beim Abzug von 10

% sein Bewenden.

7.

Zusammenfassend hat die Verwaltung demnach einen Rentenanspruch der Versicherten zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 8.

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

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubBachmann

E. 2.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbe zügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tat sächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidier bar , wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1 1. Mai

2009 E.

E. 2.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene 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 arbeits unfähig 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).

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 3. 3.1

Die IV-Stelle begründete den angefochtenen Entscheid zur Hauptsache damit, dass gestützt auf die vorliegenden Unterlagen davon auszugehen sei, dass sich seit der letzten Verfügung im Jahr 2010 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben habe und nur eine leichte depressive Episode hinzugekommen sei. Damit sei jedoch IV-rechtlich kein zusätzlicher Gesundheitsschaden ausgewiesen. Der Versicherten sei eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 13 %, wo raus kein Anspruch auf eine Rente resultiere (Urk. 2). 3.2

Dagegen lässt die Versicherte zur Hauptsache anführen, dass gemäss dem bidisziplinären Gutachten eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von nur 80 % ausgewiesen sei. Da der Psychiater PD

Dr. A. die Einschränkung von 20 % ausführlich begründe, sei nicht nachvollziehbar, weshalb die IV-Stelle von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in leidensangepasster Tätigkeit ausgegangen sei. Alsdann liege in rheumatologischer Hinsicht eine Diskrepanz in der Diagnosestellung vor. Schliesslich rechtfertige sich aufgrund der körperlichen Einschränkungen sowie der persönlichen Gegebenheiten der Beschwerdeführerin ein Abzug vom Invalideneinkommen von 20 %, woraus ein Invaliditätsgrad von 40 % resultiere (Urk. 1). 4.

4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob im Rahmen der Neuanmeldung eine revisionsrechtlich relevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, welche nunmehr einen anspruchserheblichen Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zur Folge hat. Zeitliche Vergleichsbasis bildet dabei die rentenablehnende Verfügung vom 3. Juni 2010. 4.2

Die

unangefochten gebliebene Verfügung vom 3. Juni 2010 stützte sich in medizinischer Hinsicht (vgl. dazu Feststellungsblatt für den Beschluss, Urk. 7/45 S. 2) im Wesentlichen auf den Bericht des B., Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, vom 9. Januar 2008 [richtig wohl: 2009]. Darin hatten die verantwortlichen Ärzte die folgenden Diagnosen gestellt:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - 1. Lumbalbetontes Panvertebralsyndrom und zervikozephalales Syndrom - ISG-Dysfunktion links bei Diagnose 2/inaktiver Sakroileitis und Tendenz zur Hyperlaxizität der Gelenke, Fazettengelenksüberlastung L5/S1 links und ausgedehnte myofasziale Beschwerden bei Fibromyalgie-tendenz, Haltungsinuffizienz, mässige Fehlhaltung/

Fehlform (Streckhaltung HWS, prominenter thorako-zervikaler Übergang und lumbosakraler Übergang) keine wesentlichen degenerativen Veränderungen - 2. Verdacht auf undifferenzierte Spindylarthropathie mit Sakroileitis

Grad 2 rechts und fraglicher Sakroileitis links - HLA B27 negativ (Sensitivität 90 %)

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - 1. Vitamin D-Mangel - 2. Verdacht auf reaktive depressive Stimmungslage - 3. Adipositas, BMI 35 kg/m² - 4. Status nach

Pollenallergie und Desensibilisierung - 5. Tramalunverträglichkeit mit Übelkeit/Erbrechen.

Im fraglichen Bericht hatten die verantwortlichen Ärzte zur Hauptsache ausgeführt, initial sei die Versicherte in die ambulante rheumatologische Sprechstunde zugewiesen worden mit anschließender stationärer Aufnahme zwecks intensiver Diagnostik und Therapie sowie ICF-Beurteilung. Vom 28. Oktober bis 21. November 2008 (Dauer des stationären Aufenthalts) habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden, danach eine volle Arbeitsfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit mit Wechselbelastung (Einschränkung für schwere körperliche Tätigkeit). Die bisherige Tätigkeit habe eher einer schweren körperlichen Tätigkeit entsprochen mit repetitiver LWS-Flexion; sie sei daher nicht empfehlenswert (Urk. 7/15 S. 6 ff.) 4. 3

Im Rahmen der Neuanmeldung wurden im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten genommen: 4. 3 .1

Im Bericht des C.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 26. April 2011, diagnostizierte der verantwortlich zeichnende Oberarzt 1. eine Spondylitis ankylosans (Beginn 2001) mit/bei axialem Befall mit ISG-Arthritis Grad II bds., erhöhte humorale Entzündungsaktivität, HLA

B27 negativ, sekundäres fibromyalgieformes Schmerzsyndrom, aktuell:
TNF-Hemmer-Versuch vorgesehen, sowie

2. einen Vitamin D - Mangel. Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte er nicht (Urk. 7/56).
4. 3 .2

In der interdisziplinären Zusammenfassung vom 7. September 2013

stellten Dr. Z.____ und PD

Dr. A.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/66 S. 14) :

1.

Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

2.

Lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Syndrom rechts (Erstdiagnose

2001) bei - Verdacht auf undifferenzierte Spondylarthropathie mit - inaktiver Sakroiliitis Grad II rechts und - inaktiver fraglicher Sakroiliitis links (DD: leichte degenerative ISG-Veränderungen beidseits; Ganzkörper-MRI 07/2013) - bisher kein bildgebender Nachweis aktiver entzündlicher Veränderungen - MRI und CT der ISGs und des Beckens 10/2008 - Ganzkörper-Szintigraphie 10/2008 - MRI LWS und Becken 07/2010 - Ganzkörper-MRI 07/2013 - HLA-B27 negativ - ohne Diskushernien, ohne Spinalkanalstenosen und ohne neurale Kompressionen (Ganzkörper-MRI 07/2013) - ohne radikuläre Zeichen

Dr. Z.____

führte aus rheumatologischer Sicht im Wesentlichen aus, in der klinischen Untersuchung sei die Adipositas Grad II der wesentlichste Befund. Alle drei Wirbelsäulenabschnitte (HWS, BWS und LWS) seien normal beweglich. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden, der Lasegue

sei beidseits normal, alle grossen peripheren Gelenke normal beweglich. Alsdann seien Gelenksergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke nicht vorhanden. Die Ganzkörper-MRI-Untersuchung (7/2013) zeige nirgends aktive entzündliche Veränderungen, an grenzend an die ISGs seien sehr geringe subchondral sklerotische Veränderungen sichtbar, die möglicherweise auch degenerativ bedingt seien. Eindeutige Erosionen oder Ankylosen seien nicht vorhanden. Auch seien nirgends

Diskushernien, Spinalkanalstenosen oder neurale Kompressionen erkennbar. Die bildgebenden Befunde seien keinesfalls gravierend. In der Blutuntersuchung seien die Entzündungsszeichen normal wie auch der Rheumafaktor und die Anticitrullin-Antikörper. Weiterhin bestehe ein mässiger Vitamin D-Mangel. Trotz jahrzehntelangen Beschwerden erfülle sie die modifizierten New-York Kriterien für die Diagnose einer ankylosierenden Spondylitis weiterhin nicht; sie erfülle weder die klinischen noch bildgebenden Kriterien. Zum

Leistungsvermögen führte Dr. Z. ___ aus, in einer angepassten leichten Tätigkeit, bei welcher die Versicherten Lasten von nur bis zu

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin ermittelte beim Einkommensvergleich das Valideneinkommen anhand des zuletzt bei der

Y. ___ AG erzielten Erwerbseinkommens, während sie für die Festsetzung des Invalideneinkommens

auf statistische Durchschnittswerte für Hilfsarbeiten gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4) abstellte, unter Vornahme eines leidensbedingten Abzuges vom Tabellenlohn von 10%. Diese Vorgehensweise wird seitens der Beschwerdeführerin im Grundsatz

nicht in Frage gestellt.

Beanstandet wird

einzig die Höhe des leidensbedingten Abzuges, wogegen die Beschwerdeführerin zur Hauptsache anführen lässt, dass ihr nur noch leichte Tätigkeiten zumutbar seien und sie über keine Berufsbildung verfüge, weshalb ein Abzug von 20% gerechtfertigt sei

(vgl. Urk. 1 S. 5).

E. 6.2

Mit Blick darauf, dass

der von der Beschwerdegegnerin zwecks Bestimmung des Invalideneinkommens zur Anwendung gebrachte Tabellenwert

(des niedrigsten Anforderungsniveaus) von Vorherein nur Tätigkeiten umfasst,

die keine Berufsbildung voraussetzen, und die Beschwerdeführerin in gesundheitlicher Hinsicht

nur insoweit eingeschränkt ist, als sie nur noch leichte Tätigkeiten ausüben kann, erscheint ein Abzug von 10

%

jedenfalls nicht als unangemessen tief. Dies gilt um so mehr, als weder von der Beschwerdeführerin weitere –

berufliche oder

persönliche – Umstände konkret benannt werden noch ersichtlich sind, welche darauf schliessen lassen, dass sie die gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann (vgl. E.

E. 8

ATSG) sind.

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. 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 ausgleichender 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

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 verwerthen 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).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C_728/2009 E. 4.1.2).

E. 10

für eine depressive Episode. Die Versicherte

beschreibt eine häufige Müdigkeit, Antriebsminderung, eine traurige und bisweilen depressive Grundstimmung, könne aber mitteilen, dass sie immer wieder Freude erleben könne, während sie über eine Interesse- und Lustlosigkeit berichtet. Auf eine psychopharmakologische Behandlung verzichte sie, da sie in Momenten, in denen es ihr besser (wohl: schlechter) gehe, lieber spazieren gehen oder ihre Kollegen treffen, was offensichtlich immer wieder gut helfen könne.

Die Explorantin stehe seit vier Jahren nicht mehr in einer ambulanten psychiatrischen Behandlung, nachdem sie im Frühjahr 2009 für ca. 7 bis 8 Sitzungen in Behandlung gestanden, diese jedoch aus eigenen Stücken abgebrochen habe. Der Umstand, dass die Versicherte weder in einer ambulanten psychiatrischen Behandlung stehe noch eine antidepressive Medikation einnehme, beziehungsweise sich in depressiven Momenten selber zu helfen wisse, schliesse praktisch für sich alleine schon eine

schwergradige d. h. eine mittelgradige oder gar schwere depressive Störung aus. Es ergebe sich alsdann eine hohe Kongruenz zu den subjektiven Angaben der Explorantin und den objektiven Untersuchungsbefunden:

im objektiven Psychostatus

seien keine der zu erhebenden Parameter mittelgradig oder schwer pathologisch ausgefallen, sondern maximal leicht pathologisch ausgefallen. Insbesondere seien auch all jene spezifischen Parameter, die sehr gut die innerpsychische Vitalität objektiv abzubilden vermöchten, so äusseres Erscheinungsbild, Psycho- und Sprachmotorik, Mimik und Gestik, Denktempo, kognitive Leistungen, allfällige Affektverarmung sowie affektive Schwingungsfähigkeit, entweder bland oder leicht pathologisch ausgefallen. Zur Arbeitsfähigkeit gab PD Dr. A. ___ an, es

könnte

mit Blick auf die leichte depressive Episode aufgrund der erhöhten Ermüdbarkeit, einer gewissen Antriebsminderung sowie einer leicht reduzierten psychischen Belastbarkeit qualitative Funktionseinbussen in der Höhe von 20

% attestiert werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe daher sowohl in der angestammten wie auch in jeder Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80

%. Diese bestehe – nach dem gemäss Angaben der Patientin die Kündigung im Jahr 2008 für die depressive Störung ursächlich gewesen und letztere seit her unverändert geblieben sei – seit September 2008 (Urk. 7/66 S. 8 ff.).

In ihrer zusammenfassenden bidisziplinären Beurteilung gelangten

Dr. Z.____

und PD

Dr. A.____ zum Schluss, dass die Versicherte seit September 2008 in einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 80

% arbeitsfähig sei (Urk. 7/66 S. 14). 4.3.3

In seiner Stellungnahme zum Gutachten wies Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH,

zusammenfassend darauf hin, dass er die Befunderhebung der Gutachter nicht in Frage stellen wolle, wohl aber die Schlüsse die bezüglich Arbeitsfähigkeit gestellt würden. Es bestehe hier ein Ermessensspielraum, welcher zu Ungunsten der Patientin ausgeschöpft werde (Urk. 7/78). 5.5.1

Das bidisziplinäre Gutachten der Dres.

Z.____ und A.____ beruht auf für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen und berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die gezogenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Es ist daher für die Beantwortung der Fragen umfassend und erfüllt die praxismässigen Kriterien (vgl. vorstehend E. 2.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 5.2

Die Einwendungen der Beschwerdeführerin führen zu keiner anderen Betrachtungsweise.

5.2.1

Das Vorbringen, im rheumatologischen Gutachten werde entgegen dem Bericht des C.____

vom 26. April 2011 keine spondylitis

ankylosans

diagnostiziert, weshalb weitere Abklärungen angezeigt seien,

vermag die Expertise nicht in Frage zu stellen. So setzte sich

Dr. Z.____

- nachdem sie diesbezügliche Abklärungen veranlasst hatte (vgl. insbes. das mit entsprechender Fragestellung veranlasste Ganzkörper-MRI; Urk.

7/65 S. 45

f.) in ihrem Gutachten mit dieser Diagnose durchaus auseinander. In der Folge verneinte sie jedoch das Vorliegen einer spondylitis

ankylosans, was sie ausführlich und für den rechtsanwendenden Laien nachvollziehbar begründete (vgl. Urk.

7/65 S. 37). Vor diesem Hintergrund

und nachdem für die Belange der Invaliditätsschätzung nicht allein die (exakte) Diagnose, sondern vor allem auch der von den Fachärzten festgelegte, einleuchtend und nachvollziehbar begründete Grad der Arbeitsunfähigkeit massgebend ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_422/2010 vom 23. Juni 2010),

besteht

keine Veranlassung für weitere Abklärungen, zumal – auch nicht seitens des Hausarztes – wichtige und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte angeführt werden, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2015 vom 3.

Juli 2015 E. 3.3). Aber auch dass der behandelnde Hausarzt zu einer tieferen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (von 50

% in einer leidensangepassten Tätigkeit) gelangt, vermag die Beweis kraft des Gutachtens nicht in Frage zu stellen, was schon daher gelten muss, weil er seine Beurteilung sowohl mit rheumatologischen wie auch psychiatrischen Aspekten begründet (Urk. 7/78),

jedoch im Gegensatz zu Dr. Z.____ und PD

Dr. A.____ über keine entsprechenden Facharztstitel verfügt. Zu berücksichtigen ist ausserdem, dass

Hausärzte und behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb ihre Berichte praxisgemäss

mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 135 V 465

E. 4.5). Vor dem Hintergrund der grundsätzlich auch vom Hausarzt nicht beanstandeten Befunderhebung

ist überdies

zu bemerken, dass die medizinische Folgenabschätzung von erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen notwendigerweise eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (vgl. BGE 140 V 193

E. 3.1). 5.2.2

Soweit die Beschwerdeführerin

beanstanden lässt, dass die IV-Stelle – entgegen der gutachterlich attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen (von 20

%

auch in einer leidensangepassten Tätigkeit) - von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen sei, ergibt auch dies nichts zu ihren Gunsten. Die Beschwerdeführerin

verkennt, dass die Arbeitsfähigkeit einen unbestimmten Rechtsbegriff darstellt und der Arztperson daher bei der Folgenabschätzung der von ihr erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt

(BGE 140

V 193 E.

3.1 und 3.2) . So gibt die Arztperson zwar eine Schätzung ab, welche jedoch von den rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen sind. Weil die Arbeitsfähigkeit keine medizinische sondern eine rein juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellte Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliere (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_651/2014 E. 5.1 mit Hinweisen). Dies trifft auch vorliegend zu. So beruht die der Beschwerdeführerin attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch in einer leidensangepassten Tätigkeit auf der diagnostizierten leichten depressiven Episode (vgl.

4.3.2 in fine), welche aus rechtlicher Sicht

jedoch

keine leistungsspezifische Invalidität zu begründen vermag. Vielmehr gelten leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar (vgl. zum Ganzen etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_506/2014 vom 10. November 2014, E.

4.2 sowie 8C_759/2013 vom 4. März 2014 E. 3.6.1) und setzt die Annahme einer invalidisierenden Wirkung - selbst bei mittelschweren depressiven Störungen -

voraus, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2), was im Falle der Beschwerdeführerin ebenfalls

nicht zutrifft. Dass die Verwaltung mit Blick auf die höchstrichterliche Praxis

aus rechtlicher Sicht das Vorliegen

einer invalidisierenden psychischen Beeinträchtigung verneinte und in Abweichung von der gutachterlich attestierten Arbeits(un)fähigkeit

eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit annahm, ist daher nicht zu beanstanden. 5.3

Erweist sich nach dem Gesagten

das bidisziplinäre Gutachten der

Dr. Z. ___ und A. ___ als beweiskräftig und besteht die von den Gutachtern so attestierte Arbeitsfähigkeit

in einer leidensangepassten Tätigkeit seit 2008, ist – zumal im

Gutachten von Dr. Z. ___ und PD

Dr. A.____ im Wesentlichen die nämlichen Diagnosen erhoben werden wie damals in dem der Verfügung vom 3. Juni 2010 zugrundeliegenden ärztlichen Bericht (vgl. E. 4.2 hievore) und

sie auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu gleichen Schlüssen gelangen - die Verwaltung zu Recht davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführer in dem hier massgeblichen Vergleichszeitraum nicht in einem rechtserheblichen

Masse verändert hat. 6.

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