

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00238 vom 30. Januar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00238](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00238)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00238 du 30 janvier 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00238 del 30 gennaio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht worden ist, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und

### **E. 1.2**

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. 1.3**

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. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgegenstand ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelischer Leidenswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ).

### **E. 1.4**

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).

### **E. 1.5**

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 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 können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.6**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechts anwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte am 12. Februar 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr ab dem 1. Januar 2016 eine halbe Invalidenrente auszurichten (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 2. Mai 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-118), was der Beschwerdeführerin am 3. Mai 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen, gemäss Gutachten würden nach wie vor die gleichen Befunde wie im Jahr 2012 vorliegen, sie würden jedoch – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund des Alterungsprozesses – heute anders gewichtet. Es werde somit der gleiche Sachverhalt anders beurteilt (Urk. 2).

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte ihrerseits geltend, gemäss den Y.\_\_\_\_-Gutachten habe sich ihr Gesundheitszustand im Vergleich zu dessen Beschreibung im Bericht der

Rheumaklinik des Z.\_\_\_\_ vom 30. April 2014 verschlechtert. Aus rheumatologischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit in einer optimalen Verweisungstätigkeit noch höchstens 60 %. Die Verschlechterung sei schlüssig mit der bildgebend ausgewiesenen Progression des Schmerzsyndroms begründet worden. Mithin sei gestützt auf das Gutachten bewiesen, dass seit Einstellung der Rente im Juni 2012 bis zum massgeblichen Zeitpunkt der rheumatologischen Untersuchung im Januar 2015 eine erhebliche Verschlechterung eingetreten sei. Auch

seien

die Einwirkungen des Alterungsprozesses entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin invalidenversicherungsrechtlich zu berücksichtigen (Urk. 1).

### **E. 3**

der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Dies gilt gleichermassen für Neuanmeldungen nach einer rückwirkend befristet zugesprochenen Rente (BGE 133 V 263) und nach einer revisionsweisen Aufhebung einer zuvor ausgerichteten unbefristeten Rente (vgl. etwa das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2015.00196 vom 15. März 2016

E. 1. 1).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). 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 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 3.1**

Im Zeitpunkt der letztmaligen Verfügung vom 8. Juni 2012 (Urk. 7/66) präsentierten sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

#### **E. 3.1.1**

Im Bericht des Rheuma- und Reha-Zentrums A.\_\_\_\_ vom 5. November 2009 (Urk. 7/47/6-7) wurde ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein chronifiziertes, myofaszial betontes weichteilrheumatisches Beschwerdebild bei Fehllage der Wirbelsäule (Skoliose, Lordose), muskulärer Dysbalance, beginnenden degenerativen Veränderungen sowie fehlendem Nachweis einer entzündlich-rheumatischen Affektion. Es sei davon auszugehen, dass der Schmerz zur eigentlichen Krankheit geworden sei.

#### **E. 3.1.2**

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 10. Dezember 2010 (Urk. 7/46/7-11) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom, bestehend seit 1997, chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom

sowie Restless legs-Syndrom bei breitbasiger Diskushernie L4/5 mit Kompression der Nervenwurzel L5 rechts, bestehend seit 2005, Tendenz zur Entwicklung eines generalisier ten, myofaszial betonten weichteilrheumatischen Schmerzsyndroms, bestehend seit 2001, rezidivierende depressive Episoden, bestehend seit Februar 2001, sowie Carpal tunnel Syndrom links. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden unter anderem Adipositas sowie arterielle Hypertonie. Die Beschwerdeführerin sei seit Februar 2002 zu 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

### **E. 3.1.3**

Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 24. Dezember 2010 (Urk. 7/47/1-3) die Diagnosen chronische Depression (ICD-10 F33) sowie Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) seit 2001 und attestierte der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit Februar 2002.

### **E. 3.1.4**

Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) führte in der Stellungnahme vom 13. Februar 2012 (Urk. 7/56/3) aus, versicherungsmedizinisch sei von einem ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandbild ohne nachweisbare organische Grundlage auszugehen. Den vorliegenden Akten seien keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, welche eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen könnten.

## **E. 3.2**

Im Rahmen des vorliegenden Neuanmeldungsverfahrens präsentierte sich die medizinische Aktenlage folgendermassen:

### **E. 3.2.1**

Die Ärzte der Rheumaklinik des Z.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 25. September 2012 (Urk. 7/92/9-11) im Wesentlichen folgende Diagnosen: Generalisiertes Schmerzsyndrom, Differentialdiagnose Fibromyalgie, panvertebrale betont lumbospondylogene Schmerzen, myofasziale Schulter - Arm-Schmerzen beidseits rechtsbetont, bei diversen vegetativen Symptomen inklusive Fatigue-Symptomatik und depressiver Stimmung, sowie anamnestisch Verdacht auf rezidivierende depressive Störung. Sie führten aus, Hinweise für eine entzündlich-rheumatische Krankheit hätten sich schon in der Vergangenheit nicht ergeben und ergäben sich auch jetzt nicht. Vorbehältlich des Vorliegens einer relevanten depressiven Störung handle es sich am ehesten um eine Fibromyalgie, die ihren Ursprung in den myofaszialen Verspannungsbefunden des Schultergürtels sowie des oberen Rückens genommen habe und heute primär lumbospondylogen und glenohumeral sowie epicondylar ausgeprägt sei (Urk. 7/92/10). In den Verlaufsberichten vom 28. März 2013 (Urk. 7/92/12) sowie vom 12. Juni 2013 (Urk. 7/92/13) hielten die Ärzte fest, die Untersuchung habe keine neuen Aspekte aus rheumatologischer Sicht gezeigt. Das Ausmass der Schmerzen und der geklagten Beschwerden lasse sich aus rein rheumatologischer Sicht nicht erklären und spreche sehr für eine allenfalls vorliegende psychische Komorbidität.

### **E. 3.2.2**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 22. Januar 2013 (Urk. 7/82) aus, bei der Beschwerdeführerin bestünden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige

Episode (ICD-10 F33.1), sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-20 F45.0). Es bestehe aus psy chiatischer Perspektive für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mindes tens seit Februar 2002 eine 50%ige und seit etwa Dezember 2012 eine 40%ige Arbeitsfähigkeit. Am 12. November 2013 (Urk. 7/84) bestätigte Dr. C.\_\_\_\_ die Untersuchungsbefunde von Dr. D.\_\_\_\_.

### **E. 3.2.3**

Im Bericht über die interdisziplinäre Schmerzsprechstunde vom 14. Mai 2013 (Urk. 7/92/18-23) hielten die Ärzte des Z.\_\_\_\_ fest, anlässlich der a nästhesiolo gische n

Untersuchung habe keine offensi chtliche Schmerzursache eruiert werden können. Insgesamt ergebe sich das Bild eines myofaszialen Schmerzsyndroms mit auffälligen Scores der Schmerzfrage bögen mit Hin weisen auf eine depressive Komponente. Erschwere n d hinzu komm e ein Rechtsstreit bez üglich der Invalidenrente . Aus neurologischer Sicht erg äbe n sich keine neuen Aspekte. Insbesondere gebe es klinisch keinerlei Hinweise für eine rad ikuläre Reizung oder e ine mye l äre Ursache. Aus psychiatrischer Sicht sei bei Symptomen wie Stimmungsminderung, Antriebsminderung, Schlafstörung, Interessensverminder ung und Grübelneigung von einer leicht bis mittelgradig depressive n Episode aus zugehen . Des Weiteren sei bei lang jährig bestehender Schmerzsymptomatik von einer anhaltenden somatofor men Schmerzstörung aus zugehen (Urk. 7/92/22) .

### **E. 3.2.4**

Im Verlaufsbericht vom 27. August 2013 (Urk. 7/92/14-15) sowie im Bericht vom 30. April 2014 (Urk. 7/92/5-8) führten die behandelnden Ärzte der Rheumaklinik des Z.\_\_\_\_ aus, die Situation sei klinisch unverändert. Bezüglich der myofaszialen Schmerzen sei festzuhalten, dass diese zumindest teilweise auch eine organische Grundlage h ätten. Es bestünden ein Zustand nach C ar paltunnelsyndrom -Operationen, leichte degenerative Veränderungen sowie Fehlhaltungen der Wirbelsäule u nd Epicondylopathie. Gesamthaft könne man die Beschwerden deshalb nicht unter d ie syndromal unklaren Zustände subsum ieren. Aufg rund der rheumatischen Beschwerden besteh e eine ver minderte Belas tungstoleranz für längeres Verharren in statischen Positionen. Insbesondere das Stehen mit vorgeneig tem Oberkörper, das Arbeiten über Kopf und lange Gehstrecken seien dadurch eingeschränkt. Die angestammte Tätigkeit als Allrounderin in einem Hotel verlang e ganztägig stehendes und gehendes Arbeiten, oft mit Zwangshaltung des Oberkörpers und des Nackens , und sei deshalb aus rein rheumatologischer Sicht aktuell

bestenfalls noch in einem Teilzeitpensum , bestenfalls halbtags, zu erfüllen. Aufg rund der psychischen Problematik bestehe sehr wahrscheinlic h eine zusätzliche Leistungs ein schränkung, welche aus psychiatrischer Sicht näher zu quantifizieren sei .

Aus somatischer Sicht sei nachvollziehbar, dass aufgrund der Beschwerden bei ganztägiger Präsenz auch

in einer angepassten mindestens leichten, wechselbelastenden Tätigkeit eine gewisse Leistungseinbusse von etwa 20

% infolge sich kumulierender Beschwerden best ehe . Diese Beurteilung gelte ab Datum des erste n Berichtes vom 25. September 201 2. Zusätzlich sei aber auch festzuhalten, dass bei Komorbidität zwischen muskuloskelettalen Beschwerden und einer Depression die

depressive Störung die Schmerzen zusätzlich verstärkte und die Leistungsfähigkeit zusätzlich einschränkte. Es sei davon auszugehen, dass eine mittelgradige depressive Episode in Kombination mit den myofaszialen Schmerzen

eine dauerhafte Leistungseinbusse von etwa 30-50

% begründen könne. Diesbezüglich sei eine kombiniert rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung zu empfehlen (Urk. 7/92/7).

Im Prinzip spräche nichts dagegen, dass die Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit in einem 50%-Pensum antrete. Denkbar sei, dass sich die psychische Situation dadurch etwas stabilisieren könne und im weiteren Verlauf auf eine Steigerung des Arbeitspensums auf bestenfalls 70-80

% möglich wäre (Urk. 7/92/8).

### **E. 3.3**

. 4). Damit

wurde anlässlich der Begutachtung in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten zwar davon ausgegangen, dass die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin trotz mehrfach betonter Verdeutlichungstendenz auch eine organische Grundlage haben. 4.4.2

Soweit der rheumatologische Gutachter jedoch mit Blick auf die aus den erhobenen Befunden und gestellten Diagnosen abgeleitete (Rest)Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eine Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes erkennen will, kann ihm nicht gefolgt werden. So ist vorab darauf hinzuweisen, dass es gemäss der Rechtsprechung keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall gutachterlich befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer Arbeitsunfähigkeit bestimmter Höhe und Ausprägung führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des begutachtenden Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Es kann damit von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein wie vorliegend grundsätzlich beweiskräftiges Gutachten dadurch seinen Beweiswert verlöre (Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3 mit Hinweisen). 4.4.3

Während die die Beschwerdeführerin seit 2012 behandelnden Ärzte aufgrund der körperlichen Beschwerden von einer etwa 20%igen Leistungseinbusse in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit ausgingen (E. 3.2.4), attestierte der rheumatologische Gutachter der Beschwerdeführerin in einer solchen Tätigkeit eine höchstens 60%ige Arbeitsfähigkeit. Seine abweichende Einschätzung begründete er im Wesentlichen damit, dass sich der Gesundheitszustand aufgrund einer leichten Progression des vorbekannten

Schmerzsyndroms etwas schlechter darstelle als von den behandelnden Ärzten beschrieben. Dabei wies er mehrmals darauf hin, dass bei formal vergleichbaren Diagnosen eine etwas andere Gewichtung betreffend Auswirkung vorgenommen werde (vgl. E. 3.3.5). Damit vermag der Gutachter seine Einschätzung nicht überzeugend zu begründen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb er der von ihm festgestellten lediglich leichten Progression und bloss etwas schlechteren Darstellung des Gesundheitszustandes eine um 20 % höhere Leistungseinschränkung beimisst als die behandelnden Ärzte, zumal seine Ausführungen äusserst vage sind und er gleichzeitig auf die deutliche Diskrepanz zwischen dem Ausmass der Befunde und den geltend gemachten Schmerzen hinweist. Insgesamt kann dem rheumatologischen Gutachter des halb mangels fundierter Begründung bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht gefolgt werden.

Entgegen der gutachterlichen Einschätzung ist mit Blick auf die medizinische Aktenlage vielmehr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in rheumatologischer Hinsicht nicht in einem rentenrelevanten Ausmass in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Die Einschätzung der behandelnden Ärzte, die Beschwerdeführerin sei in einer angepassten Tätigkeit aus rein somatischer Sicht zu 20 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, ist mit Blick auf die erhobenen geringen bildgebenden Befunde (E. 3.31, vgl. auch Urk. 7/92/10, Urk. 7/105/70) und die bloss leichten degenerativen Veränderungen, welche darüber hinaus möglicherweise durch den natürlichen Alterungsprozess erklärbar sind, bereits grosszügig. Vor dem Hintergrund der starken Schmerzverdeutlichungstendenz und dem auch anlässlich der psychiatrischen Begutachtung festgestellten Malingering der Beschwerdeführerin (vgl. E. 3.3.3) erscheint eine höher gewichtete Leistungseinschränkung nicht nachvollziehbar. Darüber hinaus gingen die behandelnden Ärzte lediglich bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität von einer höheren Leistungseinbusse von bis zu 50 % aus und erachteten bei einer Stabilisierung der psychischen Situation eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf bis zu 80 % als möglich. Dabei wiesen sie ausdrücklich darauf hin, dass die psychiatrische Einbusse aus fachärztlicher Sicht zu beurteilen sei (vgl. E. 3.2.4). Da die psychiatrischen Diagnosen anlässlich der Begutachtung jedoch nicht bestätigt werden konnten (E. 3.3), ist entsprechend nicht von einer höheren Einschränkung auszugehen. Insgesamt lässt sich damit aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit entgegen der gutachterlichen Einschätzung eine über eine maximale Einschränkung von 20 % hinausgehende Arbeitsunfähigkeit nicht begründen. Im Gegenteil ist viel mehr davon auszugehen, dass keinerlei Verschlechterung seit 8. Juni 2012 (vgl. E. 4.1) ausgewiesen ist, sondern einzig eine von der bisherigen Beurteilung abweichende Einschätzung vorliegt. So erfolgte die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin mit dem Hinweis auf eine seit dem 9. Februar 2001 bestehende Behinderung (Urk. 7/70/6). Anlässlich der Begutachtung standen denn auch Schmerzen im Vordergrund, die sie überall seit 20 Jahren habe (Urk. 7/105/33). Die radiologische Untersuchung zeigte in der Folge an der LWS einen im Vergleich zur Voruntersuchung vom 18. April 2012 identischen Befund (Urk. 7/105/21), während am Knie sowie an der HWS keine Zeichen einer signifikanten Degeneration zur Darstellung kamen und die in der Beckenübersichtsaufnahme erfassten minimalen Coxarthrosezeichen ohne klinisches Korrelat blieben (Urk. 7/105/27). Hinzu kommt, dass im Blutspiegel keine Schmerzmittel nachweisbar waren (Urk. 7/105/21), die Beschwerdeführerin einen erfüllten Alltag schilderte, welcher mit sonst in der Untersuchung geschilderten schwerwiegenden Beeinträchtigungen nur wenig zu vereinbaren war (Urk. 7/105/22) und die rheumatologische Untersuchung von unzähligen Diskrepanzen geprägt war (Urk. 7/105/26). Der rheumatologische Gutachter wies letztlich

gar darauf hin, dass irreversible nicht-muskuloskelettäre Reintegrationshindernisse vorliegen dürften (Urk. 7/105/29).

### **E. 3.3.1**

Im Januar 2015 wurde die Beschwerdeführerin vom Y.\_\_\_\_ internistisch, psychiatrisch, neurologisch sowie rheumatologisch begutachtet. Die Gutachter nannten im Gutachten vom 22. Mai 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/105/30-31): Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Schmerzausstrahlung ins linke Bein mehr als rechts, belastungsabhängige intermittierende Wurzelreizsymptomatik tief lumbal links möglich, Wurzelclaudicatio-Teilschmerz-Charakteristik in der Anamnese links nicht auszuschliessen, klinisch mässige Einschränkung der LWS-Beweglichkeit, diffuse palpatorische Dolenzen von BWS, LWS und Glutealbereich beidseits, konventionell-radiologisch keine signifikanten degenerativen LWS-Veränderungen (Röntgen

28.01.15), MR-tomographisch flache Diskushernie L4/5, 2012 bis rezessal links, mit Wurzeltangierung L5 links, 2015 ebenfalls mit Wurzelkompression L5 links rezessal, nur knapper Wurzelkontakt L5 rechts foraminal, leichte bis mässige zentrale Spinalkanalstenose (MR I 18.04.12 und 12.02.15) sowie ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom mit nicht-radikulärer Schmerzausstrahlung in den Schultergürtel-Armbereich beidseits mit Schmerzgeneralisierungstendenz, klinisch inkonstante muskuläre HWS-Beweglichkeitseinschränkung und muskuläre Dolenzen nuchal bis interskapulär, radiologisch keine signifikanten degenerativen HWS-Veränderungen (Röntgen 28.01.15), sonographisch minimale Supraspinatus-Sehnenansatz-Degeneration rechts mehr als links mit kleiner Sehnenverkalkung ohne Reizungszeichen (Sonographie 18.04.12). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden im Wesentlichen ein Verdacht auf Dysthymie (ICD-10 F 34.1), ein generalisiertes Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.1) sowie eine Adipositas (Urk. 7/105/31).

### **E. 3.3.2**

Die Gutachter führten aus, bei der internistischen Untersuchung sei eine adipöse Beschwerdeführerin aufgefallen. Ein Hinweis auf eine systemische rheumatische Erkrankung hätte sich nicht gefunden. Die angegebenen Schmerzmedikamente hätten im Serum nicht nachgewiesen werden können (Urk. 7/105/33). Anlässlich der neurologischen Untersuchung habe ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom ohne aktuell erkennbare neurologische Defizite

festgestellt werden können. Es hätten keine Hinweise für eine peripher- oder zentral-neurologische Ursache der Beschwerden gefunden werden können (Urk. 7/105/34).

### **E. 3.3.3**

In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in der Heredität hinsichtlich psychischer Störungen nicht vorbelastet

sei. Sie berichte

von einer aussergewöhnlich stabilen, konfliktfreien Ehe sowie einer sehr guten Beziehung zu ihren Kindern. Auch andere psychosoziale Stressoren würden verneint, so dass es

fraglich erscheinen, wie bei dieser Lage die Vor diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung habe gestellt werden können. Ferner erscheinen fraglich, weshalb die vordiaagnostizierte Dysthymie als eine Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angesehen worden sei, denn eindeutige Defizite, welche eine

solche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit begründeten, seien in keinem der vorliegenden Berichte aufgeführt. Die von Dr. D.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer Somatisierungsstörung könne auch

deshalb nicht bestätigt werden, weil die Beschwerdeführerin ausser Schmerzen keine Beschwerden

präsentiere, die in mehreren Organen und Systemen lokalisiert, in ihrer Ausgestaltung vielfältig und fluktuierend seien und durch psychoreaktive respektive psychogene Mechanismen erklärt werden könnten. Dies wäre für die Diagnose einer Somatisierungsstörung gemäss ICD-10 notwendig. Weshalb Dr. D.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert habe, entziehe sich der gutachterlichen Kenntnis, da den Akten sowie den Schilderungen der Beschwerdeführerin nicht das Vorliegen von mehreren, voneinander durch Remissionen getrennten depressiven Episoden entnommen werden könne. Es erscheinen retrospektiv überhaupt fraglich, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich eine anhaltende affektive Störung

aufweise. Gemäss ihren eigenen Schilderungen sei

die Beschwerdeführerin während mehrere Monate weitgehend symptomfrei gewesen, bis sie zeitnah zur aktuellen Untersuchung die Medikation mit einem Antidepressivum erneut aufgenommen habe. Dies sei mit dem Vorliegen einer relevanten chronischen affektiven Pathologie wenig vereinbar.

Die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ basiere zudem grösstenteils bis ausschliesslich auf unkritisch hingegenommenen Beschwerden, wobei die Frage nach überdauerndem Charakter der Symptomatik nicht gestellt worden sei. Bei der aktuell dargebotenen Kombination erscheinen das Vorliegen von Malingering wahrscheinlich. Es sei auffallend gewesen, dass die Beschwerdeführerin einen erfüllten Alltag schildere, welcher mit sonst in der Untersuchung geschilderten schwerwiegenden Beeinträchtigungen nur wenig vereinbart werden könne. Aktuell präsentiere die Beschwerdeführerin keine relevanten psychischen Defizite (Urk. 7/105/21-22, Urk. 7/105/34).

#### **E. 3.3.4**

In rheumatologischer Hinsicht wurde ausgeführt, es habe sich im Vergleich zu den Beurteilungen der Rheumaklinik Z.\_\_\_\_ über die Jahre 2012-2014 ebenfalls ein organläsionell begründetes regionales, achsenskelettär betontes Schmerzsyndrom gezeigt. Von einer Fibromyalgie sei definitionsgemäss nicht auszugehen. Dennoch bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Ausmass der Befunde und der geltend gemachten Schmerzen. Die im neurologischen Teilgutachten angegebenen Druckdolenz, Scores und dolorimetrischen Werte seien als Ausdruck einer Verdeutlichungstendenz, wie sie klinisch verschiedenartigen unspezifischen Ausdrücken haben könne, zu werten. Anamnese und Befunde betreffend achsenskelettärer Schmerzen würden rheumatologisch auch aufgrund der radiomorphologischen Befunde als doch so gewichtig und durch umschriebene degenerative Prozesse verursacht gesehen, dass nicht vom Schmerzlabe einer Fibromyalgie oder einer diffusen unspezifischen generalisierten Schmerzsymptomatik auszugehen sei,

auch wenn zusätzlich starke Zeichen von Verdichtungstendenz vorlägen. Entsprechend werde die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht bedingt durch die lokoregionären degenerativen symptomatischen Prozesse als reduzierter beurteilt. Diese Einschätzung folge dem klinischen Eindruck des rheumatologischen Untersuchers und entspreche einer wohl auch etwas arbiträren Einschätzung, wie sie dem nicht-tabellarischen Wesen gutachterlicher Zurechnung entspreche. Für die beklagten Handbeschwerden habe rheumatologisch keine Ätiologie gefunden werden können (Urk. 7/105/34). Für ein entzündlich-rheumatisches Leiden fänden sich angesichts diesbezüglich unauffälliger Röntgenbefunde, fehlender Entzündungsparameter und unauffälliger Immunglobulin-Titer weiterhin keine Hinweise (Urk. 7/105/26-27).

### **E. 3.3.5**

Insgesamt müsse der Beschwerdeführerin aus heutiger Perspektive vergleichbar zur rheumatologischen Beurteilung am Z.\_\_\_\_ zwar ein Schmerzverdichtungsverhalten und eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass an organläsioneller Befundauffälligkeit und der geltend gemachten Schmerz- und Behinderungsintensität zuerkannt werden. Andererseits sei aber doch wohl auch für angepasste Tätigkeiten aus isoliert muskuloskelettärer Sicht eine gewisse Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zuzuerkennen. Neu bestünde spezifisch organläsionell eine wohl intermittierend vorhandene Wurzelreizsymptomatik im linken Bein mit radiomorphologisch wohl korrelierenden Veränderungen. Diese seien grundsätzlich schon in der Bildgebung von 2012 feststellbar gewesen, seien aber in einer wohl auch damals schwierigen und auch aktuell trotz Dolmetschereinsatz nicht ganz zuverlässigen Anamneseerhebung als ohne klinisches Korrelat beurteilt worden (Urk. 7/105/27-28). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hotelangestellte im Zimmerservice ergäbe sich aufgrund der bei dieser Tätigkeit wohl notwendigen achsenskelettären Belastung bleibend kein Reintegrationspotenzial mehr. Für körperlich leichte Tätigkeiten ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten mehr als 5 bis 7 kg, ohne Überkopfarbeiten, ohne kauend oder gebückt zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne wiederholte Treppenbenutzung und ohne ausschliessliches Stehen und Gehen sowie ohne Notwendigkeit zum Einnehmen monotoner Körperpositionen bestünde aus muskuloskelettärer Sicht ein Reintegrationspotenzial von 60%. Das Reintegrationspotenzial werde gegenüber der Einschätzung

der Rheumaklinik Z.\_\_\_\_

– 80% aus isoliert muskuloskelettärer

Sicht – deutlich geringer gesehen, da das degenerative Rückenleiden als bedeutender und funktionell relevanter eingestuft werde als anlässlich der Untersuchungen im Z.\_\_\_\_. Möglicherweise habe sich die entsprechende Beschwerdesymptomatik seither dem natürlichen Alterungsprozess des Achsenskelettes folgend zusätzlich akzentuiert (Urk. 7/105/28).

### **E. 3.3.6**

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei nicht nur durch unspezifische Elemente, sondern auch durch spezifisch lokoregionäre Schmerzen beeinträchtigt. Es bestehe eine leichte Progression eines vorbekannten chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms mit Schmerzausstrahlung ins linke Bein mehr als rechts. Das bedeute, dass sich der Gesundheitszustand etwas schlechter darstelle als im Arztbericht der Klinik für

Rheumatologie des Z.\_\_\_\_ vom 30. April 2014 , wo von einer möglichen Steigerung des Arbeitspensums auf 70-80

% gesprochen worden sei. Dies habe bei rheumatologisch formal vergleichbaren Diagnosen, aber etwas anderer Gewichtung betreffend Auswirkung zu gelten (Urk. 7/105/35). Allerdings sei damals noch eine mittelgradige depressive Episode genannt worden , die aktuell nicht mehr nachweisbar sei . Wahrscheinlich habe sich hier eine Besserung im psychiatrischen Bereich aufgrund der Behandlung ergeben (Urk. 7/105/35). Für die langjährig ausgeübte Tätigkeit als Tournante respektive Zimmermädchen besteht weiterhin keine Arbeitsfähigkeit . In einer körperlich leichten Verweistätigkeit mit den in rheumatologischer Hinsicht beschriebenen Einschränkungen besteht aus gesamtmedizinischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 60

%. Aus rheumatologischer Sicht könnten keine Massnahmen empfohlen werden, welche die Arbeitsfähigkeit signifikant erhöhen könnten. Die Physiotherapie sei schon vor Jahren eingestellt worden, da sich keine signifikante Besserung abgezeichnet habe .

Aus internistischer Sicht sei eine Gewichtsreduktion wünschenswert. Es müsse darauf hingewiesen werden, dass die Umsetzung des Integrationspotentials aufgrund chronifizierter Fehl kognition, unüberwindbarer Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und allgemeiner Dekonditionierung schwierig sein werde (Urk. 7/105/36).

#### **E. 4.1**

Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführer in seit Erlass der Verfügung vom 8. Juni 2012, mit welcher die am 8. Januar 2003 zugesprochene Invalidenrente aufgehoben worden war (Urk. 7/66), derart wesentlich verändert hat , dass nunmehr (wiederum) Anspruch auf eine Invalidenrente besteht (vgl. E. 1.1).

#### **E. 4.2**

Das Y.\_\_\_\_ - Gutachten vom 22. Mai 201

#### **E. 4.3**

In psychischer Hinsicht erweist sich das Y.\_\_\_\_ -Gutachten als schlüssig und überzeugend. Der psychiatrische Gutachter begründete nachvollziehbar, dass aufgrund der erhobenen Befunde nicht vom Vorliegen einer relevanten psychischen Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Insbesondere wurde überzeugend dargelegt, dass die Diagnosekriterien einer Somatisierungsstörung sowie einer depressiven Störung nicht erfüllt sind. Auch setzte sich der Gutachter ausführlich mit den Vorakten und insbesondere der abweichenden Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.2.2) auseinander und zeigte auf, dass sich die Diagnose einer rezidivierenden mittelgradig depressiven Episode weder aus den Vorakten noch aus den Schilderungen der Beschwerdeführerin ergibt, keine psychische Vorbelastung besteht, psychosoziale Stressfaktoren verneint werden und die Beschwerdeführerin ein stabiles soziales Umfeld ohne sozialen Rückzug beschreibt. Darüber hinaus hatte die Beschwerdeführerin selbst angegeben, erst zeitnah zur Begutachtung wieder antidepressive Medikamente eingenommen zu haben (E. 3.3). Insgesamt ist somit aufgrund der gutachterlichen Ausführungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen – und wird von den Parteien im Übrigen auch nicht bestritten –, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. 4.4

#### 4.4.1

In somatischer Hinsicht hielt der rheumatologische Gutachter mit Verweis auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzte der Rheumaklinik Z.\_\_\_\_ der Jahre 2012 bis 2014 fest, dass sich bei der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung ebenfalls ein organläsionell begründbares, regionales, ach senskelettär betontes Schmerzsyndrom mit weiteren regionären Schmerzlo kalisationen präsentiert ha be und die Beurteilungen somit zu unterstützen seien. Einzig die von den behandelnden Ärzten zu Beginn gestellte Differen tialdiagnose einer Fibromyalgie konnte der rheumatologische Gutachter nicht bestätigen (E.

#### **E. 4.5**

Zusammenfassend ist damit mit dem im Sozialversicherungsrecht massgeben den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit jedenfalls eine anspruchsrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwer deführer in

nicht ausgewiesen. 5.

Die rentenabweisende Verfügung vom 3. Februar 2016 erweist sich somit als rechtsens. Die Beschwerde ist abzuweisen.

#### **E. 5**

erfüllt grundsätzlich die rechtspre chungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entschei dungsgrundlagen (E. 1.

#### **E. 6**

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsge mäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis

IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rech nung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli - 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 Bundesge richt 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 Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstJanett

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