

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00084 vom 24. April 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00084

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00084 du 24 avril 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00084 del 24 aprile 2018

Erwägungen

E. 1.1

Wurde eine Rente wegen einer zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.2

Ab 1998 war die Versicherte hauptberuflich teilzeitlich im Pflegebereich und nebenberuflich stundenweise auf Abruf als interkulturelle Übersetzerin tätig. Am 2. November 2009 (Eingangsdatum) meldete sie sich unter Hinweis auf Depressionen, eine Fibromyalgie sowie Schmerzen an mehreren Stellen des Körpers erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/14 und Urk. 7/18). Diese klärte die beruflich-erwerblichen sowie die medizinischen Verhältnisse ab, wobei sie auch die Akten der Krankentaggeldversicherung beizog. Am 20. Oktober 2010 fand eine Haushaltsabklärung bei der Versicherten zu Hause statt, wobei im Bereich Haushalt – bei einer Aufteilung des Erwerbsbereichs/Haushaltsbereichs von 63 % zu 37 % – eine Einschränkung von 20.5 % festgestellt wurde (Abklärungsbericht vom 5. November 2010 [Urk. 7/46]). Mit Vorbescheid vom 27. April 2011 (Urk. 7/50) wurde der Versicherten in Aussicht gestellt, dass ihr Leistungsbegehren bei einem Invaliditätsgrad von gesamthaft 29 % abgewiesen werde (Urk. 7/50). Nachdem die Versicherte mit Eingabe vom 31. Mai 2011 (Urk. 7/54)

Einwand erhoben hatte, veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung (Urk. 7/57). Das Y.____ erstattete das Gutachten am 14. Februar 2012 (Urk. 7/63). Mit Verfügung vom 26. Juni 2012 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie vorbeschieden ab (Urk. 7/70).

E. 1.2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.2.2

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches 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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; 143 V 409 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisse Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits – das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind.

Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislasternde versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 1.3

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.

E. 1.4

Am 28. März 2014 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle unter Hinweis auf einen verschlechterten Gesundheitszustand erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 7/89). Die IV-Stelle tätigte beruflich-erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 28. Mai 2014 in Aussicht, es werde auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten (Urk. 7/96). Dagegen erhob die Versicherte am 12. Juni 2014 Einwand (Urk. 7/98) und reichte die Einwandbegründung mit Eingabe vom 30. Juli 2014 ein (Urk. 7/104). Die IV-Stelle tätigte weitere medizinische Abklärungen und liess die Versicherte erneut polydisziplinär begutachten (Urk. 7/116). Die Z. ___ erstattete das Gutachten am 11. August 2015 (Urk. 7/121). Nach einer telefonischen Mitteilung der Versicherten vom 20. Oktober 2015, es gehe ihr immer schlechter (Urk. 7/122), klärte die IV-Stelle den medizinischen Sachverhalt weiter ab und bat die Z. ___ am 27. November 2015 um Ergänzung des Gutachtens (Urk. 7/126). Die Z. ___ ergänzte das Gutachten am 4. Januar 2016, mit Stellungnahme des begutachtenden Psychiaters vom 21. Dezember 2015 (Urk. 7/129). Nach Stellungnahme der Versicherten am 22. Juli 2016 (Urk. 7/135) erliess die IV-Stelle am 22. August 2016 einen neuen Vorbescheid und kündigte an, das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 7/137). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 6. September 2016 Einwand (Urk. 7/143). Mit Verfügung vom 6. Dezember 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie vorbeschieden ab (Urk. 2 [= Urk. 7/149]).

E. 1.4.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person 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. 1.4.2

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische

Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestic Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3). Rechtsprechungsgemäss gibt es keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration, sondern es wird lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2).

E. 1.4.3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen 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 rechtsanwendende 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.).

E. 1.5

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit

Hinweisen). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 23. Januar 2017 – unter Beilage diverser Unterlagen (Urk. 3/3-26) – Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache mindestens einer halben Rente der Invalidenversicherung; eventuell seien ergänzende medizinische Abklärungen anzuordnen (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Eingabe vom 20. Februar 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerde führerin mit Verfügung vom 21. Februar 2017 angezeigt wurde (Urk. 8). Mit Eingabe vom 7. März 2017 stellte die Beschwerdeführerin einen ergänzenden Antrag auf Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels sowie auf Beizug eines Verlaufsberichts des Medizinischen Zentrums A.____ (Urk. 9) und reichte einen Bericht „Konsilium Psychiatrie/Psychotherapie vom 6. Januar 2017“ des Universitätsspitals B.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ein (Urk. 10/1) sowie das Schreiben zur Einholung dieses Berichts (Urk. 10/2). Mit Verfügung vom 10. März 2017 wurde die Beschwerdeführerin darauf hingewiesen, dass das Gericht die Anordnung eines weiteren Schriftenwechsels sowie die Einholung eines Verlaufsberichts nicht als erforderlich erachte. Es sei der Beschwerdeführerin jedoch unbenommen, sich nochmals zur Sache zu äussern und sachbezogene Unterlagen einzureichen (Urk. 11). Mit Eingabe vom 27. März 2017 (Urk. 13) reichte die Beschwerdeführerin daraufhin einen Bericht des Medizinischen Zentrums A.____ vom 27. Februar 2017 (Urk. 14) zu den Akten. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid vom 6. Dezember 2016 (Urk. 2), eine wesentliche Veränderung sei nicht ausgewiesen. Es sei daher weiterhin von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, leichten, wechselbelastenden Tätigkeit auszugehen.

E. 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 23. Januar 2017 (Urk. 1) im Wesentlichen vor, im Z.____-Gutachten sei ihr aufgrund einer Verschlechterung in somatischer Hinsicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit attestiert worden. Von den Ärzten der Rheumaklinik des B.____, wo die Beschwerdeführerin vom 3. bis 18. Januar 2017 stationär behandelt worden sei, sei von einem chronisch progredienten Beschwerdebild ausgegangen worden (Bericht vom 16. Januar 2017). Zudem habe eine psychiatrische konsiliarische Beurteilung während der Hospitalisation eine rezidivierende, depressive Störung mit aktuell mittelgradiger Episode ergeben. Im Allgemeinen seien die Symptome der Erkrankung derart ausgeprägt, dass sie zu Einschränkungen in allen Lebensbereichen führten. Es lägen eine Behandlungsresistenz und ein grosser Leidensdruck vor. Die Voraussetzungen der Komorbidität und der Konsistenz seien ebenfalls erfüllt. Die IV-Stelle habe keine Prüfung der einzelnen Indikatoren vorgenommen und sei von der durch den begutachtenden Psychiater festgestellten Arbeitsunfähigkeit abgewichen. Trotz durchgeführter Indikatorenprüfung weise das psychiatrische Gutachten Mängel auf. Der begutachtende Psychiater habe nicht begründet, weshalb seine Diagnosen von denjenigen im Gutachten des Y.____ abweichen würden, und sich nicht mit den Diagnosen des behandelnden Psychiaters auseinandergesetzt. 3.

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung

(IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver gewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Ver änderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in ana loger 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 Verän derung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu nächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine a nspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschlies sen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Für die Beurteilung, ob eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszu standes der Beschwerdeführerin seit der rentenabweisenden Verfügung vom 26. Juni 2012 eingetreten ist (E. 1.1), dient das jener zugrundeliegende Y.____-Gutachten vom 14. Februar 2012 (Urk. 7/63) als zeitliche Vergleichsbasis. Das Gutachten basierte auf psychiatrischen, rheumatologischen und neurologi schen Untersuchungen (Urk. 7/63/1). Als Dia gnosen mit Auswirkun g auf die Arbeitsfähigkeit wurden aufgeführt (Urk. 7/63/18): - Panikstörung (ICD-10: F41.0) mit/bei generalisierter Angsterkrankung (ICD-10: F41.1) - Rezidivierende depressive Störung, leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0) mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) - Langjähriges Fibromyalgiesyndrom mit ausgeprägter physischer Dekon ditionierung Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt (Urk. 7/63/18): - Status nach Dekompressionsoperation N. ulnaris rechts im Februar 2009 mit resi dualer

Sensibilitätsminderung im N. ulnaris Areal, Epicondylitis ulnaris rechts - Subjektive Sensibilitätsminderu ng der rechten Hand und des rechten Un terarms exkl. Daumen überwiegend myofascialer Genese mit Beeinträch ti gung der feinmotorisch taktilen Funktionen der rechten Hand - Rezidivierende cervicovertebrale und thorakover tebrale Dysfunktions syndrome - Chronisches lumbo spondylogenes Schmerzsyndrom - Statu s nach cerebrovaskulärer Ischämi e mit resti tuierter Faci alisparese rechts mit persistierender Sensibilitätsminderung rechte Kopf- und Hals seite In der versicherungsmedizinischen Beurteilung und Synthese aus allen Fachge bieten wurde festgehalten (Urk. 7/63/18 ff.), bei der 51- jährige n Beschwerdefüh rerin stü nden im psychiatrischen Bereich Angsterkrankung, rezidivierende de pressive Störung und eine damit verknüpfte, anhaltende somatoforme Schmerz störung mit einem Ganzkörperschmerzsyndrom im Vordergrund der Be schwer desymptomatik. Hinzu komme eine deutliche Dekonditionierung bei langjähi ger Fibromyalgiesymptomatik. Au ch aus neurologischer Sicht werde die letzte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als nicht mehr zumutbar angesehen. Für Ver weistätigkeiten bestünden h ingegen sowoh l aus somatischer als auch

aus psychiatrischer Optik lediglich geringe qualitative und quantitative Einschränkungen des Belastbarkeitsprofils.

Aus polydisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin somit in ihrer Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Die durch die anhaltende und dysfunktionale Schmerzwahrnehmung bei Angst und depressiv bedingter Affektregulationsstörung beeinträchtigten psychischen Grundfunktionen mit eingeschränkter Affektregulation begründeten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Verrichtungen um 30 %. Die letzte Tätigkeit als Pflegekraft hingegen sei nicht mehr zumutbar. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, sämtliche rückenadaptierten, leichten bis mittelschweren körperlichen Arbeiten durchschnittlicher geistiger Art mit durchschnittlichem Verantwortungsbeitrag ohne besonderen Zeitdruck und ohne Nacharbeitsbedingungen zu verrichten. Tätigkeiten sollten keine besonderen Anforderungen an die Feinmotorik der rechten Hand stellen. Gemäss Zusammenfassung des Hauptgutachtens im Fachgebiet Psychiatrie (Urk. 7/63/16) offenbarte die eingehende Exploration der Beschwerdeführerin das Bild einer rezidivierenden depressiven Störung mit leichter depressiver Episode, das Bild einer Angst- und Panikstörung und vor dem Hintergrund eines von der Beschwerdeführerin unlösbar erlebten innerseelischen Konfliktes zwischen dependent akzentuiertem Leistungsbewusstsein einerseits sowie chronischer Überforderung und nachlassender Belastbarkeit andererseits die Entwicklung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die von der Beschwerdeführerin beklagten, anhaltenden Schmerzen seien keineswegs vollumfänglich durch körperliche Erkrankung erklärbar. Die enge Verknüpfung der Schmerzentwicklung mit der konflikthaften und mit Schuldgefühlen konnotierten Überforderung in der Versorgung von Haushalt und Familie lege die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nahe. Die Überwindbarkeit des chronischen Schmerzsyndroms sei vor dem Hintergrund der rezidivierenden depressiven Störung und der Angsterkrankung eingeschränkt, allerdings keineswegs vollständig aufgehoben. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Optik aber zu begründen und auf 30 % festzusetzen. Gemäss rheumatologischem Teilgutachten vom 5. Januar 2012 ergab die Untersuchung ein langjähriges Fibromyalgiesyndrom mit ausgeprägter physischer Dekonditionierung. Die Situation, die sich bei der körperlichen Untersuchung darstelle, könne zwar unter dem Begriff des sogenannten Fibromyalgiesyndroms subsumiert werden, gehe aber im Prinzip weit über diese, eine Schmerzhaftigkeit von Sehneninsertionen und muskulären Kennpunkten bezeichnende Diagnose hinaus. Es liege aus rheumatologischer Optik offensichtlich eine generalisierte Störung von Körperwahrnehmung, Schmerzperzeption und -verarbeitung vor, bei welcher psychisch-psychosomatische Hintergründe dominierend zu erwarten seien. Im gegenwärtigen Zustandsbild sei ein Einsatz im bisherigen Beruf als Pflegeassistentin aus Sicht des Rheumatologen nicht zumutbar, dies weniger beziehungsweise nicht aus Gründen konkreter gestörter mechanisch-motorischer Funktionen, als vielmehr durch die vollständige körperliche Erschlaffung, Leistungsschwäche und Dekonditionierung. Leichte, wechselbelastende Tätigkeiten könnten hingegen, mit einer um 20

% reduzierten Leistungsfähigkeit zugemutet werden. Somit bestehe unter dieser Voraussetzung bei der Beschwerdeführerin aus Sicht des Rheumatologen eine Arbeitsfähigkeit von 80

%.

E. 3.2.1

Das Z.____-Gutachten vom 11. August 2015 (Urk. 7/121) basierte auf internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen (Urk. 7/120). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden aufgeführt (Urk. 7/121/26): - Polyarthrose - klinisch im Vordergrund mediale, zurzeit nicht aktivierte Gonarthrose, rechts mehr als links - nicht aktivierte Fingerpolyarthrose - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) /Fibromyalgie Als Diagnosen ohne wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert wurden genannt (Urk. 7/121/26): - Multiple Leberhämangiome, grössenstationär - Adipositas

(BMI

31.9) - Dupuytren Hand rechts palmar sowie Dig IV rechts Sodann wurden die folgenden Nebenfunde aufgelistet (Urk. 7/121/26): - Hyperaktive und hypokontraktile Harnblase bei überdehntem Detrusor 12/2014 - rotatorische Zystozele Grad II bei - Status nach Hysterektomie und Ovariectomie 01/2014 - Status nach TVT-Schlingenoperation 07/ 2011 wegen Stressinkontinenz II. Grades - Kleiner Fersensporn rechts - Status nach totaler Thyreoidektomie wegen grössenprogredienter Struma multinodosa und Autotransplantation einer Nebenschilddrüse in den M. sternocleidomastoideus 01/2012 - Status nach Flexorenrelease und Denervation nach Wilhelm rechts und Dekompression N. ulnaris rechts 02/2009 - Status nach Sudeck-Dystrophie - Status nach zerebrovaskulärer Ischämie mit restituerter Fazialisparese rechts 2005 - Status nach Varizenoperation beider Beine 2004 und 2005 - Status nach Beinvenenthrombose rechts 2002 - Status nach Trigeminusneuralgie 2004 - Status nach Tumorektomie Mamma links bei fokal atypischer Hyperplasie 2002/2003 - Status nach Tonsillektomie 1996 In der zusammenfassenden Beurteilung hielten die Gutachter fest, nämlich der jetzigen Abklärungsuntersuchung habe die Beschwerdeführerin vor allem über das „Seelische“ geklagt. Sie versuche, immer wieder auf die Beine zu kommen, psychisch gehe es aber ganz schlecht, alles nervt, sie könne nicht in die Gesellschaft, ärgere andere Menschen ohne es zu wollen, werde teils aggressiv, könne sich nicht gut ausdrücken, habe Angst vor der Zukunft, sei bei vermehrten Schmerzen ein ganz anderer Mensch. Körperlich habe sie vor allem Probleme mit dem Knie, rechts mehr als links, ständig müsse man Wasser heraus nehmen, Schmerzen seien stets vorhanden (VAS 2-9). Sie könne im Liegen etwa 15 bis 20 Minuten lang gehen. Im Weiteren bestünden Schmerzen im Bereich der Hände sowie der rechten Schulter und der Ellbogen (rechtsbetont), hinzu kämen noch die Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule – es sei ein Teufelskreis. Begonnen hätten ihre gesundheitlichen Probleme etwa 1982 mit Schulterschmerzen rechts, etwa 1997 seien Knieschmerzen dazugekommen, weshalb sie ab 1998 als Pflegeassistentin nur noch die körperlich weniger strenge Nacharbeit ausgeübt habe. Nach einer 2009 erfolgten Ellbogenoperation rechts habe sie nur noch leichte Arbeiten machen dürfen und deswegen im Pflegeheim die Kündigung (2009) erhalten. Die seit etwa 1991 ausgeübte Tätigkeit als Übersetzerin für die C.____ übe sie weiterhin aus im Umfang von 0 bis 5 Stunden monatlich

auf Stundenlohnbasis. Bezüglich geklagter Körperschmerzen (multi lokales Schmerzsyndrom) leide die Beschwerdeführerin gemäss aktueller fachärztlicher rheumatologischer Beurteilung an einer Polyarthrose (im Vordergrund stünden eine nicht aktivierte Gonarthrose rechtsbetont und Fingerpolyarthrosen) sowie an einer Fibromyalgie, wobei die subjektiven Beschwerden weit über das somatisch erklärbare Ausmass hinausgingen. Der dennoch sicherlich verminderten körperlichen Belastbarkeit wegen

seien der Beschwerdeführerin körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten, in Übereinstimmung mit den Vorkriterien (Arbeitsfähigkeit Pflegekraft : 0 %), wohl nicht mehr zumutbar.

Bezüglich einer körperlich leichten Tätigkeit (zum Beispiel Übersetzungsarbeiten) sei diesbezüglich jedoch von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Betreffend den beklagten seelischen Zustand sei aufgrund der anlässlich der psychiatrischen Exploration erhobenen Befunde und in Berücksichtigung vorliegender Akten die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) zu stellen – insbesondere aufgrund einer verminderten Durchhaltefähigkeit sowie eines erhöhten Pausenbedarfs (Mini-ICF-APP Ratingbogen) sei der Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht neu eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für jede aus somatischer Sicht in Frage kommende Tätigkeit zu attestieren – auch im Hinblick auf die am 3. Juni 2015 geänderte Rechtsprechung. Im Vergleich zum Vorgutachten (Y. ___ 2012) bestehe bei der Beschwerdeführerin somit eine höhere und im Vergleich zur Einschätzung des behandelnden Psychiaters eine tiefere Arbeitsunfähigkeit – auch wenn die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich gelernt habe, besser mit ihren Panikattacken und Angstzuständen umzugehen, liege insgesamt ein komplexer Gesundheitsschaden bei bescheidenen persönlichen Ressourcen vor; trotz verschiedener Behandlungsversuche seien relevante Erfolge bisher ausgeblieben. Die gutachterliche Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit gelte ab dem Zeitpunkt der jetzigen Rentenrevision; die von den behandelnden Ärzten geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes könne aufgrund objektiver Befunde nicht vollumfänglich bestätigt werden. Deshalb werde der Beschwerdeführerin auch eine 50%ige und nicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit attestiert (Urk. 7/121/25 f.). Der Grad der Arbeitsunfähigkeit habe sich seit der letzten Revision verändert, einerseits aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, andererseits aufgrund einer Veränderung des rechtlichen Rahmens (Urk. 7/121/27). Ein psychischer Gesundheitsschaden stehe im Vordergrund, wobei invaliditätsfremde und psychosoziale Aspekte bei der Festlegung der Arbeitsunfähigkeit abgegrenzt worden seien (Urk. 7/121/28). Der begutachtende Rheumatologe hielt in seinem rheumatologischen Konsilium vom 7. Mai 2015 unter anderem fest, bei der Beschwerdeführerin zeige sich eine ausserordentlich schmerzbetonte Untersuchung, welche sehr vorsichtig durchgeführt werden müsse (und deshalb nicht immer abschliessend konklusiv beurteilt werden könne). Es würden sich grosse Diskrepanzen im Untersuchungsgang zeigen, eine relevante Funktionseinschränkung am Bewegungsapparat könne jedoch ausgeschlossen werden (Urk. 7/121/36). Die Beschwerdeführerin beklage ein multilokuläres Schmerzsyndrom im höchsten quantitativen Ausmass. Die angegebenen Schmerzen würden rasch ein maximales Ausmass erreichen, was sich bei der Schilderung und den funktionellen Einschränkungen in aller Form niederschlage. Die beschriebenen massiven Alltagseinschränkungen würden aber nicht mit den rheumatologischen Erfahrungen im Praxisalltag korrelieren; das Beschwerdebild lasse sich initial gutachterlich subjektiv im Sinne einer deutlichen Schmerzüberzeichnung interpretieren (Urk. 7/121/38). Die recht ausgeprägte Polyarthrose führe für mittelschwere bis schwere körperliche Arbeiten zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Nicht zumutbar seien sodann das häufige Begehen von Leitern und Gerüsten (verminderte Stabilität der Kniegelenke), rein gehende oder rein stehende Tätigkeiten, schwerere körperliche Tätigkeiten mit repetitivem Heben von Gewichten über 10 kg Gürtelhöhe und über 5 kg Schulterhöhe sowie reine feinmanuelle Tätigkeiten. Die

Haushaltsarbeiten in einem Zweipersonenhaushalt seien bei guter zeitlicher Zuordnung ohne wesentliche Einschränkung durchführbar. Bürotätigkeiten und insbesondere Übersetzungsarbeiten seien vollständig zumutbar. Im Y.____-Gutachten sei hauptsächlich eine Fibromyalgie diagnostiziert worden, ohne dass auf die bereits damals vorhandene Osteoarthritis eingegangen worden sei. Diese sei wohl übersehen worden, womit ein Vergleich schwerfalle. Allerdings dürfe bei der Vordokumentation (Spital E.____ 2012) davon ausgegangen werden, dass der damalige Gesundheitszustand mit dem heutigen zu vergleichen sei (Urk. 7/121/39 f.). Der begutachtende Psychiater führte in seinem Teilgutachten vom 27. Juli 2015 aus (Urk. 7/121/47), der behandelnde Psychiater Dr. D.____ beschreibe wohl depressive Symptome in seinem Bericht vom Juli 2014 und im Text vom Juni 20

E. 3.2.2

Die Gutachter der Z.____ ergänzten ihr Gutachten am 4. Januar 2016 (Urk. 7/129) und hielten fest, dass die neu diagnostizierte Polyarthrose im Gutachten des Y.____ wohl übersehen worden sei. Damit falle ein diesbezüglicher Vergleich schwer. In Abstützung auf den Hospitalisationsbericht des Stadtspitals E.____, Chirurgische Klinik, vom 26. Januar 2012 dürfe davon ausgegangen werden, dass der damalige, aus somatischer Sicht zu beurteilende Gesundheitszustand mit dem heutigen zu vergleichen sei. Der begutachtende Psychiater führte im Wesentlichen aus, bezüglich der Beurteilung, ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der letzten Begutachtung eingetreten sei, sei auf objektivierbare Funktionseinschränkungen abzustellen. Die Beschwerdeführerin habe von einer schleichenden Verschlechterung ihrer Handlungsfähigkeit im Haushalt seit der Begutachtung berichtet. Sie habe aber auch angegeben, dass sie sich während der Ferien in der Türkei deutlich wohler fühle und hier müsse darauf hingewiesen werden, dass dort durch die Anwesenheit von Bekannten und Verwandten und durch den Umstand, dass sie häufig eingeladen werde, weniger handwerkliche Tätigkeiten ausgeführt werden müssten. Das Umfeld führe in der Heimat fast automatisch zu einer Entlastung. Die Selbstbehauptungsfähigkeit werde limitiert durch die Fokussierung auf die Einschränkung; die Ressourcen der Beschwerdeführerin seien dadurch im mittleren Umfang limitiert. Eine Dolmetschertätigkeit würde einer ideal angepassten Tätigkeit entsprechen. Weitere theoretisch mögliche Verweistätigkeiten wären eine Tätigkeit an einer Hotelrezeption oder am Empfang einer Firma, welche so gestaltet sein müsste, dass immer wieder kürzere Pausen und Lagewechsel möglich wären, so dass die Beschwerdeführerin Erholungszeiten zwischen den Einsätzen hätte. Das Zustandsbild der Beschwerdeführerin sei schwer chronifiziert. 4. 4.1

4.1.1

Aus somatischer Sicht gelangten die Z.____-Gutachter zum Schluss, der aktuelle Gesundheitszustand sei mit dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt der Begutachtung durch das Y.____ vergleichbar (E. 3.2.1-3.2.2). Dies erscheint – entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5) – durchaus nachvollziehbar, denn bereits im Bericht der Klinik F.____ vom 14. August 2009 über die interdisziplinäre arbeitsspezifische Abklärung im Auftrag der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/21/7-27) und im Austrittsbericht der chirurgischen Klinik des Stadtspitals E.____ vom 26. Januar 2012 (Urk. 7/111/8-9) war die Diagnose einer generalisierten Osteoarthritis gestellt worden. Davon abgesehen konnten die Z.____-Gutachter aufgrund der aktuell erhobenen Befunde aus somatischer Sicht keine (dauerhafte) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit

nachvollziehen. Der begutachtende Rheumatologe hielt fest, die beschriebenen massiven Alltagseinschränkungen würden nicht mit den rheumatologischen Erfahrungen im Praxisalltag korrelieren und das Beschwerdebild lasse sich im Sinne einer deutlichen Schmerzüberzeichnung interpretieren (E. 3.2.1). Eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes lässt sich aus somatischer Sicht somit nicht nachvollziehen; die Beschwerdeführerin wurde von den Z.___-Gutachtern sowohl internistisch als auch rheumatologisch eingehend und umfassend untersucht und die medizinischen Schlussfolgerungen wurden in schlüssiger Weise dargelegt (E. 1.4). Der Hinweis der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5) auf die Ziff. 6.1 des Z.___-Gutachtens („Beantwortung Fragenkataloge“), worin festgehalten wurde, der Grad der Arbeitsunfähigkeit habe sich seit der letzten Revision verändert – einerseits durch Verschlechterung des Gesundheitszustandes und andererseits durch Veränderung des rechtlichen Rahmens (Urk. 7/121/27) –, erweist sich im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht als verfehlt. Diese Antwort bezog sich nicht auf eine Veränderung des Gesundheitszustands in somatischer Hinsicht, sondern auf eine Veränderung in umfassender Hinsicht, wobei die Gutachter darauf hinwiesen, für die (neu festgestellte) Arbeitsunfähigkeit von 50 % stehe ein psychischer Gesundheitsschaden im Vordergrund (Urk. 7/121/28). Auf die Beurteilung des begutachtenden Psychiaters ist später noch einzugehen (E. 4.2). 4.1.2

Der begutachtende Rheumatologe der Z.___ ging nebst anderen Befunden von einer recht erheblich ausgeprägten medialen Gonarthrose aus und berücksichtigte diese im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils angemessen (E. 3.2.1). Im Zeitpunkt der Begutachtung war die Gonarthrose zwar nicht aktiviert, es darf aber vorausgesetzt werden, dass der begutachtende Facharzt dies bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigte, da Arthrosen bekanntlich immer wieder aktiviert werden können. Solche Aktivierungen vermögen grundsätzlich aber bloss vorübergehende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, unter Umständen auch in angepasster Tätigkeit, zu rechtfertigen. In diesem Sinne ändert der Bericht des B.___, Klinik für Rheumatologie, vom 28. Januar 2016 (Urk. 3/15 = Urk. 3/25) nichts an der Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Beurteilung, wird darin im Ergebnis doch ein ähnliches Zumutbarkeitsprofil wie im Z.___-Gutachten beschrieben. Darüber, in welchem Umfang eine angepasste Tätigkeit zumutbar wäre, enthält der Bericht hingegen keine Angaben. 4.1.3

Werden die Beurteilungen der beiden begutachtenden Rheumatologen im Y.___- und im Z.___-Gutachten verglichen, ist in Bezug auf deren Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit eine Diskrepanz festzustellen. Der begutachtende Rheumatologe des Y.___ ging von einer 20%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus (E. 3.1), der begutachtende Rheumatologe der Z.___ von keiner Einschränkung (E. 3.2.1). Diesbezüglich ist von einer anderen Beurteilung desselben Sachverhalts auszugehen. Da die Beschwerdeführerin in der nicht angefochtenen Verfügung vom 26. Juni 2012 (Urk. 7/70) auf das Y.___-Gutachten abstellte, ist – bei gleichgebliebenem somatischem Gesundheitszustand – aus physischen Gründen daher von einer un veränderten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % auszugehen. 4.1.4

Die Beschwerdeführerin reichte weitere Unterlagen ein, welche kurz nach Erlass der angefochtenen Verfügung datieren, so den Bericht des B.___, Klinik für Rheumatologie, vom 16. Januar 2017 (Urk. 3/19), den provisorischen Kurzaustrittsbericht des B.___, Klinik für Rheumatologie, vom 18. Januar 2017 (Urk. 3/18) und den Bericht von Dr. med.

G.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 22. Januar 2017 (Urk. 3/20). Der Bericht von Dr. G.____ vom 22. Januar 2017 erweist sich als nicht aussagekräftig. Dr. G.____ wies selbst darauf hin, er habe die Beschwerdeführerin im Jahr 2016 bloss dreimal gesehen (Januar, Juni und September; die Beschwerdeführerin werde mehrheitlich am B.____ betreut) und es sei für ihn nicht möglich, die Entwicklung im letzten Jahr auf Grund eigener Untersuchungen/Feststellungen zu beschreiben. Damit kann auf seine Einschätzung, die Voraussetzungen für die Ausübung einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit sei nicht gegeben (Urk. 3/20), auch nicht abgestellt werden. Im Bericht des B.____ vom 16. Januar 2017 wurde festgehalten, verglichen mit der zuletzt im Januar 2016 erfolgten Stellungnahme bestehe ein chronisch progredientes Beschwerdebild. Im Rahmen der aktuellen Hospitalisation ab dem 3. Januar 2017 könnten mehrere strukturelle Schmerzkorrelate objektiviert werden. Einerseits zeigten sich leichte bis mittelschwere degenerative Veränderungen der gesamten Wirbelsäule, welche teilweise ursächlich für das panvertebrale Schmerzsyndrom seien. Des Weiteren fanden sich radiologisch beziehungsweise sonographisch ein Fortschreiten der bekannten CPPD-Ablagerungserkrankung in Form einer Zunahme der STT-Arthrose rechts sowie neue Hinweise für eine CPPD der Schultergelenke beidseits bei intracartilaginären Verkalkungen sowie einer Labrum-Verkalkung linksseitig. Auch die medial betonte Gonarthrose beidseits zeige sich radiologisch progredient mit nach wie vor häufigen Aktivitäten rechtsbetont. Auf Grund der Zunahme der Befunde sei der Beschwerdeführerin aktuell aus rheumatologischer Sicht eine leichte wechselbelastende Tätigkeit mit einem Arbeitspensum von maximal 50 % zumutbar (Urk. 3/19). Der Bericht des B.____ vom 18. Januar 2017 enthält keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit (Urk. 3/18). Der Bericht des B.____ vom 16. Januar 2017 (Urk. 3/19) datiert nach Erlass der angefochtenen Verfügung; die Beschwerdeführerin begab sich ab dem 3. Januar 2017 im B.____ in stationäre Behandlung, das heisst knapp einen Monat nach Erhalt der angefochtenen Verfügung vom 6. Dezember 2016 (Urk. 2). Damit beschlägt der Bericht des B.____ den Gesundheitszustand nach Erlass der angefochtenen Verfügung und ist nicht geeignet, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (E. 1.5): Im Bericht des B.____ vom 16. Januar 2017 wurde kein klinischer Befund beschrieben. Einzig aufgrund der am 4. Januar 2017 radiologisch beziehungsweise sonographisch erhobenen Befunde lässt sich deshalb keine Veränderung seit der Z.____-Begutachtung nachvollziehen, welche sich auch funktionell auswirken würde (vgl. das Urteil 8C_282/2012 des Bundesgerichts vom 11. Mai 2012 E. 5). Überdies müsste bei einer Beschwerdezunahme zunächst einmal davon ausgegangen werden, diese stehe im Zusammenhang mit einer Aktivierung der bereits bekannten Arthrose, was – wie bereits gesagt (E. 4.1.2) – durchaus zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen kann. Ob damit aber auch eine anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes einhergeht, wird sich erst im Verlauf zeigen. Es ist im Verlauf sicherlich mit einem kontinuierlichen Vorschreiten der degenerativen Schäden am Bewegungsapparat zu rechnen. Massgebend ist aber, inwieweit sich dies auch klinisch niederschlägt. 4.2 4.2.1

Der begutachtende Psychiater stellte in seinem Teilgutachten vom 27. Juli 2015 die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F.45.4). Die Persistenz dieses Leidens seit der Begutachtung durch das Y.____ lässt sich ohne Weiteres nachvollziehen und wurde auch nicht bestritten. Der begutachtende Psychiater begründete sodann nachvollziehbar, weshalb er die Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ nicht teile. Dieser habe die psychosozialen Faktoren nicht sauber von den

psychischen Faktoren getrennt. Die Beschwerdeführerin habe anlässlich der aktuellen Begutachtung auch Verbesserungen zugegeben, auf die Dr. D.____ nicht eingegangen sei. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, mit den Panikattacken und den Angstzuständen besser umgehen zu können und den Alltagsanforderungen darauf abgestimmt zu haben. Sie habe auch sehr anschaulich ihre Freuden bei der Betreuung der Grosskinder dargelegt ebenso wie die positiven Erlebnisse im Rahmen von Ferienreisen in die Heimat (E. 3.2.1). Aus dem psychiatrischen Teilgutachten ergibt sich weiter, dass bei der Aufnahme des klinischen Befunds Angaben zum Ganzkörpererschmerz-Syndrom und zum einfachsten Tagesablauf, eingeschränkt durch Beschwerden und Geldmangel,

dominiert haben sollen (vgl. Urk. 7/121/44 f.). Der begutachtende Psychiater führte aus, die Ängste und das, was die Beschwerdeführerin als Panikattacken beschreibe, hätten in ihren Angaben wenig Gewicht erhalten. Affektiv sei sie ganz geprägt durch ihr Leiden, etwas ängstlich und angespannt. Die von ihr beschriebene Aggressivität habe sich auch bei Provokationen nicht nachweisen lassen. Selten, zum Beispiel bei der Beschreibung der Entwicklungsschritte der Grosskinder oder beim Thema Türkeireise habe sie Freude gezeigt. Der Antrieb und die Psychomotorik seien vermindert, gehemmt. Der soziale Rückzug müsse weitgehend verstanden werden als Folge der wirtschaftlichen Verhältnisse, die die Beschwerdeführerin habe adäquate Ideen dazu entwickelt, was mit Bargeld zu tun wäre (Urk. 7/121/45). Der begutachtende Psychiater begründete seine Diagnosestellung eingehend und gelangte zu der Feststellung, die Einschränkung bestehe nach seiner Einschätzung trotz Zunahme der Klagen seit der letzten Begutachtung vor rund drei Jahren aus der rein psychiatrischen Perspektive unverändert (Urk. 7/121/48). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD), Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, erachtete diese Schlussfolgerung in seiner Stellungnahme vom 10. August 2016 zum Z.____-Gutachten als schlüssig; er hielt fest, eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustands gegenüber 2012 könne kaum objektiviert werden.

Sodann führte er aus, es liege eine weitere Chronifizierung der bekannten Schmerzstörung vor. Die depressive Störung stehe offensichtlich im Zusammenhang mit der Schmerzstörung und sei nicht im Sinne einer eigenständigen psychischen Erkrankung anzusehen. Die Angststörung habe sich gebessert (Urk. 7/136/10 f.). 4.2.2

Es besteht kein Grund, von der überzeugenden Einschätzung des begutachtenden Psychiaters abzuweichen. Die Kritik der Beschwerdeführerin, er habe sich nicht mit den abweichenden Diagnosen des Y.____ und jenen des behandelnden Psychiaters auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 11), erweist sich als unbegründet. Die Angaben der Beschwerdeführerin, sie habe recht gut gelernt, mit ihren Angstzuständen umzugehen, und sie werde dadurch nicht mehr in relevantem Umfang eingeschränkt (Urk. 7/121/44), durfte der begutachtende Psychiater entsprechend werten. Anzuführen ist alsdann, dass sowohl dem als „ärztliches Zeugnis“ bezeichneten Schreiben vom 14. Juni 2013 (Urk. 7/77) als auch dem Bericht vom 24. September 2014 (Urk. 7/106) von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrischer Befund fehlt. Die genannten Berichte enthalten bloss rudimentäre Angaben zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Damit lassen sich weder die darin gestellten Diagnosen begründen, noch lässt sich die geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands nachvollziehen. Selbst wenn aufgrund des psychiatrischen Befunds (inklusive Auswertung des Mini-ICF-APP-Fragebogens) im Z.____-Gutachten eine

eigenständige depressive Störung zu bejahen wäre, wäre der Schweregrad – auch in Berücksichtigung der zahlreichen psychosozialen Faktoren – höchstens als leicht einzustufen. Eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustands liesse sich damit aber ebenfalls nicht begründen, wurde doch bereits im Zeitpunkt der Begutachtung durch das Y.____ von einer leichten depressiven Störung ausgegangen. Nach dem Gesagten lassen sich keine Hinweise für eine Verschlechterung der Befunde finden, weder im psychiatrischen Teilgutachten der Z.____ vom 27. Juli 2015 noch in dessen Ergänzung vom 21. Dezember 2015. 4.2.3

Dass der begutachtende Psychiater der Z.____ der Beschwerdeführerin trotz unverändertem Gesundheitszustand eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (und nicht von 30 % wie im Y.____-Gutachten) attestierte, ist darauf zurückzuführen, dass er sich aufgrund der geänderten Rechtsprechung (strukturiertes Beweisverfahren) veranlasst sah, in jedem Fall eine neue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen („Ich werde zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % nach den neuen Bundesgerichtskriterien kommen und damit ist dieser Verlauf detailliert zu besprechen“ [Urk. 7/121/46]). Dazu bestand allerdings bei unverändertem Gesundheitszustand („Nach meiner Einschätzung besteht die Einschränkung trotz Zunahme der Klagen seit der letzten Begutachtung vor rund 3 Jahren aus der rein psychiatrischen Perspektive unverändert“ [Urk. 7/121/48]) kein Anlass. Die neue Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen stellte für sich alleine betrachtet keinen Revisionsgrund dar (BGE 141 V 585 E. 5 sowie auch Urteil 8C_730/2015 des Bundesgerichts vom 24. Februar 2016 E. 5.3). Dass der begutachtende Psychiater, welcher sein Teilgutachten bereits am 27. Juli 2015 und die ergänzende Stellungnahme am 4. Januar 2016 erstattete, vom Urteil 8C_730/2015 des Bundesgerichts vom 24. Februar 2016 keine Kenntnis hatte, kann ihm daher nicht vorgeworfen werden, erging der besagte Bundesgerichtsentscheid doch erst nach seiner Beurteilung. Damit hat der vermeintliche Widerspruch im psychiatrischen Teilgutachten – Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit bei unverändertem Gesundheitszustand – auch keinen Einfluss auf dessen Wertbarkeit. Das Gutachten erweist sich trotzdem als schlüssig und konsistent. Aus der – im Vergleich zum Y.____-Gutachten – abweichenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Z.____-Gutachten kann die Beschwerdeführerin jedenfalls nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Feststellung im Z.____-Gutachten, es liege eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor (Urk. 7/121/27), ist einzig als Ergebnis des neu vorgenommenen strukturierten Beweisverfahrens zu interpretieren. Damit liegt im Ergebnis eine andere Beurteilung eines gleich gebliebenen Sachverhalts vor. 4.2.4

Was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den begutachtenden Psychiater der Z.____ anbelangt, lässt sich diese mit einer vorgabengerechten Prüfung der Standardindikatoren ohnehin nicht in absoluten Einklang bringen. „Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2 S. 306 f.). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 6, zur Publikation vorgesehen). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den

Rechtsanwendern zu überprüfen, ob ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (BGE 141 V 281 E. 6 S. 307 f.) “ (Urteil des Bundesgerichts 9C_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2.2) . Der begutachtende Psychiater berücksichtigte bei den persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin psychosoziale Faktoren, was nicht zulässig ist. So führte er aus, die Beschwerdeführerin habe keine Möglichkeiten, ein Potenzial zu mobilisieren, der ganze soziale Kontext sei beengend und – wesentlich mitbedingt durch die Finanzsituation – könnten keine Ressourcen mehr mobilisiert werden. Es sei zum Beispiel ausgeschlossen, eine Dolmetscherschule zu bezahlen und abzuschliessen, obwohl die Beschwerdeführerin in diesem Tätigkeitsbereich grundsätzlich sicher ein Potenzial zu Arbeitseinsätzen hätte (E. 3.2.1) . Die fehlende Abwechslung im Alltag führte die Beschwerdeführerin sodann nicht primär auf ihren Gesundheitszustand zurück, sondern auf die finanzielle Situation („Geldmangel sei überall vorhanden, Abwechslung im Alltag dadurch fast nicht mehr möglich. Sie könne z.B. kein Café mehr besuchen. In früheren Jahren hätten die Kinder ihre Bewegungsfreiheit eingeschränkt und heute seien es die finanziellen Grenzen“ [Urk. 7/121/44]). Sie gab zudem an, sie würde mit ihren Enkelkindern gerne zum Beispiel Zoobesuche oder Besuche in Badeanstalten machen, dies liege aber aus finanziellen Gründen nicht mehr drin (Urk. 7/121/44). Von eingeschränkten persönlichen Ressourcen kann daher nicht in übermässigem Umfang ausgegangen werden, verbringt die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben doch so oft wie möglich Zeit im eigenen Schrebergarten (Urk. 7/121/18) und konnte sie anlässlich der psychiatrischen Untersuchung sehr anschaulich ihre Freuden bei der Betreuung der Grosskinder darlegen und von positiven Erlebnissen im Rahmen von Ferienreisen in die Heimat berichten (Urk. 7/121/47 und Urk. 7/129/3). Die vom begutachtenden Psychiater geschätzte 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lässt sich so mit nicht nachvollziehen; er berücksichtigte dabei in massgeblicher Weise psychosoziale Faktoren. Unter Ausklammerung derselben wäre die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch in Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nicht höher als bisher (30 %) anzusetzen. 4.2.5

Die Beschwerdeführerin reichte im Beschwerdeverfahren weitere Unterlagen ein, um eine Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustands darzulegen, so ein „Konsilium Psychiatrie/Psychotherapie vom 6. Januar 2017“ des B.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 10/1), eine Auskunft der Tochter vom 13. Januar 2017 (Urk. 3/22), einen Bericht von Dr. D.____ vom 13. Januar 2017 (Urk. 3/24) und einen Bericht des Medizinischen Zentrums A.____ vom 27. Februar 2017 (Urk. 14). Der Bericht von Dr. D.____ vom 13. Januar 2017 (Urk. 3/24) enthält wiederum keine Angaben zu den Befunden und erweist sich damit nicht als aussagekräftig. Auskünfte von Angehörigen vermögen für sich alleine betrachtet nichts darzutun; im Übrigen bestätigt die Tochter im Wesentlichen bloss die Angaben der Mutter. Wie bereits gesagt (E. 4.1.4) begab sich die Beschwerdeführerin knapp einen Monat nach Erhalt der angefochtenen Verfügung, das heisst ab dem 3. Januar 2017, in stationäre Behandlung am B.____, Klinik für Rheumatologie. Während der Hospitalisation wurde eine psychiatrische konsiliarische Beurteilung veranlasst (Urk. 3/19). Im entsprechenden Bericht wurden die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradig (ICD-10: F33.1), bei Dysthymie

(ICD-10: F34.1) im Sinne einer „Double Depression“ sowie vermutungsweise eine Low-Dose-Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.2) bei ständigem Benzodiazepingebrauch gestellt. Die Beschwerdeführerin gab unter anderem an, sie leide darunter, dass die IV-Stelle und die Gutachter sie nicht ernst nähmen und sie mit ihren Problemen alleine liessen, sei ihr Leistungsbegehren doch abgewiesen worden (Urk. 10/1). Damit, sowie auch mit dem späteren Bericht des Medizinischen Zentrums A.____ vom 27. Februar 2017 (Urk. 14), lässt sich keine Verschlechterung des Gesundheitszustands bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 6. Dezember 2016 nachweisen (E. 1.5). Die Beschwerdeführerin begab sich wie gesagt erst nach Verfügungserlass für eine Komplextherapie bei chronischen Schmerzen in stationäre Behandlung, wobei eine mittelgradige depressive Störung festgestellt wurde. Es kann daher angenommen werden, dass eine allfällige Verschlechterung der psychischen Verfassung entweder im Zusammenhang mit der somatisch beklagten Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Januar 2017 (E. 4.1.4) oder mit der zeitnahen Ablehnung des Leistungsbegehrens stand. Die Beschwerdeführerin wies schliesslich darauf hin, sich nicht ernst genommen und alleine gelassen zu fühlen. Eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands ist daher auch aus psychiatrischer Optik hier nicht mehr zu berücksichtigen (E. 1.5). 4.3

Nach dem Gesagten kann gestützt auf das beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten der Z.____ vom 11. August 2015 (Urk. 7/121) samt ergänzender Stellungnahme vom 4. Januar 2016 (Urk. 7/129)

von einem unveränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ausgegangen werden. Eine Veränderung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. Dezember 2016 ist über dies nicht ausgewiesen. Damit ist weiterhin von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit auszugehen. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 26. Juni 2012 bei der Einkommensberechnung fälschlicherweise angab, es bestehe eine Leistungsfähigkeit von 80 % (Urk. 7/70/2); im Feststellungsblatt für den Beschluss vom 25. Juni 2012 stellte sie auf das Y.____-Gutachten ab und ging von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 7/69). Dieser Fehler schlug sich allerdings nicht in der Einkommensberechnung nieder, denn das Invalideneinkommen wurde ausgehend von einem 63%igen Arbeitspensum errechnet, entsprechend einer Aufteilung des Erwerbsbereichs von 63 % und des Haushaltsbereichs von 37 %. Anhaltspunkte dafür, dass sich an dieser Aufteilung (Statusfrage) bis heute etwas geändert hätte, bestehen nicht. Die Beschwerdeführerin gab am 20. Oktober 2010 anlässlich der Haushaltsabklärung zu Protokoll, sie würde bei Gesundheit weiterhin im gleichen Ausmass arbeiten (Urk. 7/46/3). Damals waren die älteste Tochter 26, die zweitjüngste Tochter 19 und die jüngste Tochter 16 Jahre alt; einer Erhöhung des Pensums wäre somit nichts im Wege gestanden. Des Weiteren wurde im Beschwerdeverfahren eine Statusänderung nicht geltend gemacht. 5.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 6.

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

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kurt Pfändler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je eines Doppels von Urk. 13 und Urk. 14 - 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
Hurst
Muraro

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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).

E. 13

auch psychosoziale Faktoren, die er bei seiner Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht sauber auseinanderhalten konnte, auch nicht auseinanderhalten müsse im Rahmen einer Beschreibung eines therapeutisch tätigen Arztes. Der Stellenverlust, die Erkrankung des Mannes, der Verlust des sozialen Status, der ohne Zweifel vorhandene Geldmangel schränkten die Beschwerdeführerin ein .

Auch die wirtschaftliche Grundlage der ganzen Familie sei bei fehlendem Rentenzuspruch in der Gesundheitsfrage des Ehemannes gefährdet. Ihm (dem Gutachter) gegenüber habe die Beschwerdeführerin in Bezug auf ihren Gesundheitszustand auch Verbesserungen zugegeben, auf die der behandelnde Arzt nicht eingegangen sei. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, mit den Panikattacken und den Angstzuständen besser umgehen zu können und den Alltag darauf abgestimmt zu haben. Sie habe auch sehr anschaulich ihre Freuden bei der Betreuung der Grosskinder dargelegt ebenso wie die positiven Erlebnisse im Rahmen von Ferienreisen in die Heimat. Eine voll invalidisierende psychiatrische Störung dürfe solche Inseln der positiven Tätigkeiten nicht aufweisen. Etwas hypothetisch könne man

sich fragen, ob die Beschwerdeführerin mit einer materiellen Sicherheit, mit einem voll im Berufsleben stehenden Ehemann auch im gleichen Ausmass leidend wäre, und diese Frage müsste klar verneint werden. Nach den aktuellen gültigen Indikatoren beurteilt sei sicher von einem komplexen Gesundheitsschaden auszugehen. Aufgrund der Akten und aller Wahrscheinlichkeit vom begutachtenden Rheumatologen bestätigt fanden sich somatische Beschwerden und zusammen mit der psychosozialen und psychiatrischen Dimension ergäben sich ausgeprägte Befunde mit Auswirkungen auf den Alltag. Die Beschwerdeführerin habe verschiedenste Behandlungsversuche durchgeführt, sie unterziehe sich einer ambulant psychiatrischen Behandlung und es seien relevante, massive Erfolge ausgeblieben, auch wenn gewisse Verbesserungen im psychiatrischen Kontext zu vermerken seien.

Es liege damit eine komplexe Störung der ganzen Integrität der Persönlichkeit vor mit angesichts des Alters auch bescheidenen Ressourcen. Die Beschwerdeführerin habe keine Möglichkeiten, ein Potenzial zu mobilisieren, der ganze soziale Kontext sei beengend und – wesentlich mitbedingt durch die Finanzsituation – könnten keine Ressourcen mehr mobilisiert werden. Es sei zum Beispiel ausgeschlossen, eine Dolmetscherstelle zu bezahlen und abzuschliessen, obwohl die Beschwerdeführerin in diesem Tätigkeitsbereich grundsätzlich sicher ein Potenzial zu Arbeitseinsätzen hätte. Dieses schwierige Gesamtbild zeige Unterbrechungen bei der Betreuung der Grosskinder und der Ferienaufenthalte, was Pausen der Beschwerden trotz ausgewiesenen Leidensdruck darstelle. Die integrale Berücksichtigung all dieser Aspekte führe dann zu einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit. Der Umfang sei da bei schwierig zu schätzen und auf 50

% sowohl für die bisher ausgeübte Arbeit als auch für Verweistätigkeiten festzusetzen.

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