

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00305 vom 18. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00305

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00305 du 18 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00305 del 18 maggio 2018

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Am 12. September 2012 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle unter Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 21/76). Die IV-Stelle liess die Versicherte daraufhin von Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH Z.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, sowie von Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär begutachten. Das internistisch-rheumatologische Gutachten wurde am 25. Januar 2013 (Urk. 21/83), das psychiatrische Gutachten am 28. Januar 2013 (Urk. 21/85) und die bidisziplinäre Zusammenfassung am 16. Februar 2013 (Urk. 21/86) erstattet. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 30. April 2013, Urk. 21/95) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten mit Verfügung vom 3. September 2013 ab (Urk. 21/102). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 2. Oktober 2013 Beschwerde beim hiesigen Gericht (Urk. 21/104/3-12). Dieses wies die Beschwerde im Verfahren IV.2013.00890 mit Urteil vom 24. Februar 2015 ab (Urk. 21/107). Das Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

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 fest gestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend 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 objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

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 Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser 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 einzuschätzen (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 rentenbe gründenden 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 beweislustete 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. 1.4.1

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

E. 1.4.2

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 Anamnesenerhebung, 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. 1.5

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung 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

Verwaltungsverfügung 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 10. März 2017, vertreten durch Rechtsanwalt Philip Stolkin, Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprechung einer Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 %; eventuell sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin die Ansetzung einer Nachfrist zur Begründung der Beschwerde oder die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels sowie eine interdisziplinäre Begutachtung in den Fachgebieten der Rheumatologie und der Psychiatrie (Urk. 1). Mit Eingabe vom 16. März 2017 reichte auch D. ___ im Namen der Beschwerdeführerin gegen die bereits angefochtene Verfügung Beschwerde ein (Urk. 5). Der Beschwerdeführerin beziehungsweise den beiden Rechtsvertretern wurde daher mit Verfügung vom 24. März 2017 Frist angesetzt, um mitzuteilen, von wem die Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren vertreten werde (Urk. 9). D. ___ erklärte daraufhin mit Eingabe vom 1. April 2017, er vertrete die Interessen der Beschwerdeführerin nicht mehr (Urk. 11). Rechtsanwalt Philip Stolkin bestätigte dies in der Eingabe vom 3. April 2017 und wies sich erneut als Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin aus (Urk. 13 und Urk. 14). Daraufhin wurde ihm mit Verfügung vom 5. April 2017 eine Nachfrist zur ergänzenden Begründung der Beschwerde angesetzt (Urk. 15). Die verbesserte Beschwerde wurde am 3. Mai 2017 eingereicht (Urk. 17). Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juni 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 20), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 14. Juni 2017 angezeigt wurde (Urk. 22). Mit Eingabe vom 12. Dezember 2017 (Urk. 23) legte die Beschwerdeführerin einen Verlaufsbericht des E. ___ vom 4. Dezember 2017 (Urk. 24) auf. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid vom 14. Februar 2017 (Urk. 2), eine wesentliche Veränderung sei nicht ausgewiesen. Damit sei keine Begutachtung angezeigt. Der Invaliditätsgrad liege weiterhin unter 40 %, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente oder auf berufliche Massnahmen bestehe.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in der Eingabe vom 9. März 2017 geltend (Urk. 1), es bestünden mannigfaltige Einschränkungen im Rücken, an den Fingern und an den Händen. Es seien sodann eine Fettleibigkeit und eine chronische Depression mit Ängsten festgestellt worden. Dr. C. ___ attestiere der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Entweder stehe dieser Facharztbericht im Widerspruch zur letzten Begutachtung oder er weise eine dramatische Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus. Wenn die Beschwerdegegnerin darauf verzichte, den Sachverhalt nochmals abzuklären, verletze sie die Untersuchungsmaxime im Sinne von Art. 43 ATSG. Dr. C. ___

habe im Bericht vom 8. Januar 2017 die somatischen Leiden nochmals bekräftigt. Der von ihm beschriebene Zustand habe bereits im Jahr 2013 vorgelegen. Einzig Dr. Z. ___ sei von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen. In der ergänzenden Begründung vom 3. Mai 2017 (Urk. 17) machte die Beschwerdeführerin sodann geltend, dem Gutachten der Dres. A. ___ und Z. ___ spreche das E. ___ jeglichen Beweiswert ab. Auch die Übersetzung sei unzureichend gewesen. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. September 2013 sei daher offensichtlich unrichtig gewesen, weshalb gestützt auf das Rechtsverweigerungsverbot ein Anspruch auf Wiedererwägung bestehe. Die Beschwerdegegnerin habe sich dem aber vollständig verschlossen. Halte die Beschwerdegegnerin das Gutachten der Dres. A. ___ und Z. ___ für richtig, müsse sie von einer Verschlechterung ausgehen. Wenn sie davon ausgehe, es bestehe kein Grund zur Anpassung der Rente, müsse sie von einer offensichtlichen Unrichtigkeit des Gutachtens ausgehen. Gerügt würden daher nebst einer Verletzung von Art. 17 ATSG auch die Verletzung von Art. 6 EMRK und des Rechtsverweigerungsverbots. 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 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

Den nachstehenden Erwägungen ist vorzuschicken, dass die Beschwerdegegnerin einzig auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen kann, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Entscheide eines Gerichts können nicht in Wiedererwägung gezogen werden; hier steht abschliesslich das Institut der Revision offen (vgl. Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, N 45 zu Art. 53). Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. September 2013 und damit auch das Gutachten der Dres. A. ___ und Z. ___ wurden bereits im Beschwerdeverfahren IV.2013.00890 einer gerichtlichen Überprüfung unterzogen. Mit Urteil vom 24. Februar 2015 wurde das Gutachten als beweiskräftig qualifiziert und die Beschwerde wurde abgewiesen (Urk. 21/107); es wurde sodann auf den im vorliegenden Verfahren erneut eingereichten Bericht des E. ___ vom 18. November 2013 (Urk. 18) eingegangen (Urk. 21/107/13 E. 4.5). Das besagte Urteil vom 24. Februar 2015 erwuchs in der Folge unanfechtbar in Rechtskraft. Es könnte, wie gesagt, einzig noch mittels Revision aufgehoben werden (Art. 61 lit. i ATSG). Deren Voraussetzungen sind hier aber nicht

gegeben; ein entsprechendes Gesuch wurde auch nicht gestellt.

E. 3.2

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der rentenabwendenden Verfügung vom 3. September 2013 eingetreten ist (E. 1.1), dient das jener zugrunde liegende, mit Urteil vom 24. Februar 2015 als beweiskräftig qualifizierte Gutachten der Dres. A.____ und Z.____. In der bisdisziplinären Zusammenfassung des Gutachtens vom 16. Februar 2013 (Urk. 21/86), welches auf internistisch-rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen basiert (Urk. 21/83 und Urk. 21/85), wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt: - Lumbospondylogenes Syndrom beidseits linksbetont bei - Beckentiefstand rechts von 7 mm (EOS 01/2013) und - L4/L5: mittelschwerer Osteochondrose L4/L5 mit Retrolisthesis Grad I von L4 gegenüber L5 mit degenerativ bedingter Instabilität L4/L5 (funktionelles Röntgen 01/2013) sowie neuroforaminale Stenosen beidseits mit Irritation der Nervenwurzeln L4 beidseits und Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 beidseits - L5/S1: mittelschwerer Osteochondrose mit Diskushernie und neuroforaminale Engen beidseits mit Irritation der Nervenwurzeln L5 beidseits (MRI 11/2012) - ohne radikuläre Zeichen - Intermittierendes Cervikalsyndrom bis cervikospondylogenes Syndrom beidseits linksbetont bei - leichter cervico-thorakaler Skoliose mit Cobb-Winkel 17° (EOS 01/2013) - ohne Spinalkanalstenose und ohne neurale Kompression (MRI 05/2011) - ohne radikuläre Zeichen Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter die folgenden (Urk. 21/83/75 und Urk. 21/85/19): - Adipositas Grad III (BMI 40.0 kg/m²) - kongenitale heterozygote Prothrombin-Mutation mit - rezidivierenden Thrombosen und postthrombotischem Syndrom links - dennoch seit Jahren keine Antikoagulation - Gonarthrosen beidseits bei normalen Beinachsen beidseits (EOS 01/2013) mit - rechts: mässiger medialbetonter Gonarthrose und beginnender Femoropatellar-Arthrose und Baker-Cyste (MRI 10/2009) und - links: leichter bis mässiger Femoropatellar- und Femorotibial-Arthrose mit - Riss des medialen Meniskus und Baker-Cyste bei Status nach Partiaruptur der Baker-Cyste (MRI 11/2012) - Fersensporne beidseits (Röntgen 01/2013) - arterielle Hypertonie mit latenter hypertensiver Herzbelastung (Erstdiagnose 03/2012) - Migräne - Heberdenarthrosen Dig II beidseits sowie milde Daumensattelgelenks-Arthrose rechts im Stadium II nach Eaton (Erstdiagnose 03/2012) - Carpaltunnel-Syndrom beidseits und - Status nach operativer Dekompression rechts am 11.05.2012 - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit - konsekutiver mittelgradiger depressiver chronifizierter Episode (ICD-10 F32.8) - sozialen und soziokulturellen Problemen (ICD-10 Z60) Die Gutachter hielten fest, eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe nicht gestellt werden können. Die Arbeitsfähigkeit werde durch die rheumatologischen Diagnosen bestimmt. In diesem Sinne sei die Beschwerdeführerin in einer adaptierten rüchenschonenden Tätigkeit mit Hantieren von Lasten bis 10 kg zu 100 % beziehungsweise ganztags arbeitsfähig. Das selbe gelte aus bidisziplinärer Sicht. Aus bidisziplinärer Sicht habe zudem in einer adaptierten Tätigkeit nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Nicht adaptierte Tätigkeiten habe die Beschwerdeführerin ab März 2005 nicht mehr ausführen können (Urk. 10/86).

E. 3.3.1

Dr. B.____ stellte im Bericht vom 12. Januar 2016 (Urk. 21/112), welchen die Beschwerdeführerin mit ihrem Neuanmeldungsge such vom 2. Februar 2016 ein reichte, die

sein Fachgebiet betreffenden Diagnosen 1) rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.11, F33.2), 2) Panikstörung (ICD-10 F41.0) und 3) ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6). Er hielt sodann fest, die Symptome der Depression seien seit Sommer 2015 sehr intensiv geworden. Die Beschwerdeführerin sei depressiver geworden, sei im Antrieb äusserst vermindert, ihre Ängste hätten sich verstärkt und sie fühle sich stets erschöpft. Wegen der intensiven Scham- und Versagensgefühle habe sie sich zunehmend zurückgezogen, sie lebe schon längere Zeit sozial ganz isoliert. Manchmal äussere sie auch Suizidgedanken, lehne diese jedoch wegen ihrer Familie ab. Da die Beschwerdeführerin immer wieder Thrombosen bekomme und dadurch schon mehrmals in Lebensgefahr geschwebt sei, seien in der letzten Zeit auch die Panikattacken mit Todesängsten häufiger geworden. Aufgrund der Verschlechterung seit Sommer 2015 sei die Notwendigkeit einer stationären Behandlung in Betracht gezogen worden. Die Beschwerdeführerin habe sich aber nicht dazu entschliessen können. Seit September 2015 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

E. 3.3.2

Dr. C.____ führte in seinem Bericht vom 8. Dezember 2015 (Urk. 21/113), welchen die Beschwerdeführerin ebenfalls mit ihrem Neuanmeldungs-gesuch vom 2. Februar 2016 einreichte, die folgenden Hauptdiagnosen auf: - Chronisches therapieresistentes Panvertebrales Syndrom - Polyarthrose - Periarthropathia humeroscapularis links - Chronische generalisierte Schmerzen - Morbide Adipositas (BMI > 40) - Chronische Depression - Arterielle Hypertonie Dr. C.____ hielt sodann fest (Urk. 21/113/4), t herapeutisch wäre wegen der komplexen und chronischen Situation ohne Ansprechen auf die bisherigen Behandlungen eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationsklinik dringend indiziert. Die Kombination einer Depression mit schwerwiegenden somatischen Beschwerden (morbide Adipositas, Arthrose, Fehlform und degenerative Veränderungen sowie DISH [diffuse idiopathische skelettale Hyperostose] der Brustwirbelsäule

[BWS] etc.) sollte für eine Reevaluation einer Berentung durch die IV -Stelle genügen. Die Neudiagnose einer DISH der BWS zusätzlich zu der deutlichen Fehlform der BWS sollte von der IV -Stelle als neue Erkenntnis berücksichtigt werden. Die erhebliche Kyphose sowie die Skoliose der BWS mit Blockierung der Beweglichkeit in diesem Wirbelsäulenabschnitt hätten erhebliche Auswirkungen auf die restliche Wirbelsäule. Wegen der fehlenden Beweglichkeit der BWS (dort wenig symptomatisch) würden die HWS und die LWS kompensatorisch vermehrt belastet. Dies führe zu zunehmenden degenerativen Veränderungen und zu vermehrten Beschwerden im cervikalen und lumbalen Bereich.

E. 3.3.3

Im Bericht der F.____ vom 25. April 2016 (Urk. 21/119/6-7) wurde auf den Sprechstundenbericht vom 2. Dezember 2015 verwiesen und erwähnt, dass kein Attest für eine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden sei. Im Sprechstundenbericht vom 2. Dezember 2015 (Urk. 21/119/8-11) wurde ausgeführt, die Zuweisung der 58-jährigen Beschwerdeführerin

sei zur rheumatologischen Standortbestimmung erfolgt. Für die Beschwerdeführerin vordergründig seien von der Lokalisation nicht eingrenzbar multilokuläre Beschwerden des Bewegungsapparates. Die Anamnese-Kriterien für entzündlichen Rückenschmerz seien nicht erfüllt. Hinsichtlich einer unklaren Sensibilitätsstörung des linken Beines sei eine

neurologische Untersuchung im Hause im August 2015 unauffällig gewesen. Vorgängige orthopädische Untersuchungen in der G.____ und der hauseigenen Abteilung für Knie-Orthopädie hätten keine schlüssigen pathomorphologischen Korrelate für die Knieschmerzen nach konventionell-radiologischer und Beurteilung mittels MRI gezeigt. Eine Knie-Infiltration links im Juli 2015 habe keine bleibende Beschwerdelinderung gebracht. Eine laborchemische Untersuchung durch den Neurologen hinsichtlich Polyneuropathie inkl.

humoralen Entzündungswerten und Proteinelektrophorese sowie Immunfixation sei sowohl hinsichtlich neurologischer als auch hinsichtlich rheumatologischer Pathologien unauffällig gewesen.

Die aktuelle klinische Untersuchung sei eingeschränkt beurteilbar. Die Waddell-Zeichen seien positiv und die Kooperation der Beschwerdeführerin sei insbesondere beim neurologischen Untersuchung

aufgrund aktiver Gegeninnervation eingeschränkt gewesen. Es hätten sich keine Synovitiden von Händen und Füßen und ausgeweitete Schmerzbefunde der Wirbelsäule und des linken Beines, ausgehend vom Kniegelenk, gezeigt. Die Hände hätten klinisch eine Heberdenarthrose gezeigt. Für die medikamentöse Behandlung eines festgestellten Vitamin D-Mangels sei der Beschwerdeführerin ein Rezept per Post zugestellt worden. Zudem werde sie zum Röntgen der Hände angemeldet.

E. 3.3.4

Im Bericht des H.____ vom 30. März 2016 über den stationären Aufenthalt vom 11. Februar bis 9. März 2016 (Urk. 21/121) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei zur psychosomatischen Rehabilitation zugewiesen worden. Zum Psychostatus wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Im Kontaktverhalten sei sie freundlich zugewandt, ein affektiver Rapport sei herstellbar. Der Antrieb sei reduziert und die Stimmung gedrückt. Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis seien unauffällig. Im formalen Denken sei die Beschwerdeführerin klar und kohärent, ihr inhaltliches Denken sei unauffällig. Von Suizidalität habe sie sich glaubhaft distanzieren können. Im Rahmen des stationären Aufenthalts seien sieben psychologische Einzelgespräche durchgeführt worden und die Beschwerdeführerin habe an vier Sitzungen der Schmerzbewältigungsgruppe teilgenommen. Die Beschwerdeführerin sei sehr auf ihre Angstsymptome und die Schmerzen fokussiert. Im Laufe der Gespräche habe sie gelernt, welche Rolle ihre negativen Gedanken (Angst vor neuen Erkrankungen) auf ihre Angstsymptome hätten und sie habe

sich auch mit Strategien befasst, die ihre Ressourcen wieder aktivieren könnten. Sie habe jedoch das Anwenden von solchen Methoden verneint, sich weiter auf ihre Schmerzen fokussiert und sich oft lange ins Zimmer zurückgezogen. Erst kurz vor dem Ende des Aufenthalts habe

sie sich darauf eingelassen, an einem gemeinsamen Spaziergang teilzunehmen. Das Besprechen von Aktivitäten zu Hause und kleinen Veränderungen, die angenehme Momente erhöhen und die Beschwerdeführerin aus ihrer Isolation im Zimmer bringen könnten, sei auf die feste Überzeugung der Beschwerdeführerin gestossen, dies gehe nicht wegen der Schmerzen und der Angst. Nach Angaben der Beschwerdeführerin schaue ihr Ehemann zu Hause fern und liege viel, weil er einen hohen Blutdruck habe. Er liege in einer Stube, sie in einer anderen. Sie wolle am liebsten alleine sein, damit sie kein

Herzrasen spüre. Bei der physischen Linderung von Schmerzen habe

die Beschwerdeführerin jedoch Strategien gewissenhaft umgesetzt – zum Beispiel durch Anwendung von Kartoffelwickeln oder Durchführen von Atemübungen. Sie habe durch die Ernährungsumstellung auch an Gewicht verloren. Die Beschwerdeführerin habe sich in den Gesprächen offen gezeigt und einen sympathischen Eindruck hinterlassen. Sie habe sich aber wenig auf die Atem- und Körpertherapie nach Middendorf einlassen können. Sie habe gut angesprochen auf Behandlungen am Körper (Streichungen, Massage). Diese Art von Zuwendung tue ihr gut. Sie habe ihre Ausdauer in der Erlebnisgruppe von 20 auf 40 Minuten steigern können. Die Lenkung der Aufmerksamkeit weg von ihren Problemen hin zur Natur habe ihr ermöglicht, eine grössere Strecke zu spazieren. Die physiotherapeutischen Bemühungen hätten sodann eine Steigerung des Aktivitätsniveaus erzielt. Nichtsdestotrotz bestehe weiterhin Bedarf, die Beschwerdeführerin zur Selbstsorge zu motivieren und weiterhin an der

Aktivierung zu arbeiten. Die Ärzte gelangten zum Schluss, limitierend seien vor allem die Ängste der Beschwerdeführerin, so dass sie sich oft ins Zimmer zurückgezogen habe und sich auf einige Therapien erschwert habe einlassen können. Am Gesamtbild der Beschwerdeführerin habe daher wenig geändert werden können.

E. 3.3.5

Im Bericht der F.____ vom 5. August 2016 wurde festgehalten, seit dem 2. Dezember 2015 seien keine weiteren Kontrollen mehr erfolgt (Urk. 21/126/4-6).

E. 3.3.6

Dr. C.____ führte im Bericht vom 8. Januar 2017 (Urk. 21/139), welchen die Beschwerdeführerin im Einwandverfahren einreichte, aus, die Beschwerdeführerin sei aus rheumatologischer Sicht auf Grund der objektiven Befunde für eine leichte angepasste Tätigkeit im Umfang von maximal 30 % arbeitsfähig. Seit Dezember 2015 lasse sich keine Verschlechterung des Gesundheitszustands aus rheumatologischer Sicht feststellen. 4. 4.1

4.1.1

Bei der Beschwerdeführerin steht nach wie vor die bereits bekannte Schmerzproblematik und eine ausgeprägte Passivität im Vordergrund. Diesbezüglich zeigt sich ein seit Jahren unveränderter Zustand: Im – anlässlich des Erstanmeldungsverfahrens von der Beschwerdegegnerin veranlassten – Gutachten des Y.____ (rheumatologische Beurteilung) wurde festgehalten, aufgrund der fehlenden Kooperation der Beschwerdeführerin im Rahmen der Untersuchung sei es nicht möglich zu beurteilen, inwieweit die objektiven Befunde zu werten seien. Eine Willensanstrengung zur Verbesserung der körperlichen Situation sei bei der Beschwerdeführerin nicht zu erkennen. Nachdem die kurzfristig ambulant durchgeführte Physiotherapie keinen durchschlagenden Erfolg gehabt habe, werde eine weitere Fortführung von der Beschwerdeführerin nicht gewünscht. Ein regelmässig durchgeführtes Trainingsprogramm zur Kräftigung der Rumpfstabilisierenden Muskulatur und zur Dehnung der verkürzten Muskelgruppen werde von der Beschwerdeführerin ebenfalls abgelehnt. Die objektivierbaren Befunde würden die ausgeprägte Schmerz- und Behinderungsüberzeugung und vor allem auch eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht nicht erklären (Urk. 21/21/16). Der begutachtende Psychiater des Y.____ hielt sodann fest, bei der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine nach aussen gerichtete,

demonstrative Beschwerdeschilderung mit diffuser Schmerzproblematik gezeigt. Aufgrund ihrer Beschwerden ziehe sie sich in die Familie zurück. Sie verrichte praktisch keine Haushaltsarbeiten. Diese würden von der Familie, vor allem von der im gleichen Haus lebenden Schwiegertochter verrichtet. Dadurch erhalte sie auch Zuwendung, was im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns ihr regressives Verhalten verstärke. Ausserhalb der Familie habe sie praktisch keine Kontakte. Sie erhalte eine antidepressive Medikation und sei auch in psychiatrischer Behandlung bei Dr. B. ____ . Die Antidepressiva nehme sie aber kaum ein, wie aufgrund des Medikamentenspiegels geschlossen werden müsse. Zur Zeit stehe diagnostisch eine leichte depressive Episode mit Schlafstörungen und Antriebsstörung im Vordergrund. Dadurch sei sie in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 20 % eingeschränkt. Eine mittelgradige oder gar schwere depressive Störung liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei nicht suizidal, Konzentrationsstörungen seien nicht deutlich vorhanden, habe sie sich doch im Untersuchungsgespräch gut konzentrieren können. Es bestehe zwar ein sozialer Rückzug in die Familie, innerhalb dieser habe sie aber gute Kontakte, ein emotionaler Rückzug sei nicht ausgeprägt

(Urk. 21/21/10 f.). Das hiesige Gericht stellte in seinem Urteil vom 9. Juni 2010 auf diese Ausführungen ab und erachtete die vom begutachtenden Psychiater attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % als äusserst grosszügig bemessen (Urk. 21/59/12 und 21/59/16). Gegenüber Dr. Z. ____

– im Rahmen der Begutachtung im letzten Neuanmelungsverfahren – schilderte die Beschwerdeführerin, Therapien hätten ihr in der Vergangenheit nicht geholfen. Zuhause mache sie gelegentlich Übungen für die Hände, die sie in der G. ____ erlernt habe. Sie habe zu Hause einen Hometrainer, den sie allerdings nur selten benutze. Sie schwimme nicht. Im Herbst 2012 sei sie zwei Wochen lang in einer Kur in Bosnien gewesen. Am Tag vor der Untersuchung sei sie den ganzen Tag zu Hause gewesen, sie sei zwischen 09.00 und 10.00 Uhr aufgestanden. Ihr Ehemann habe das Frühstück zubereitet. Sie habe ihre Medikamente geschluckt und sei in der Wohnung herumgegangen. Das Mittagessen habe die Tochter am Vortag zubereitet. Nachmittags und abends habe sie nichts gemacht. Zum Nachtessen habe sie eine Kleinigkeit eingenommen. Gegen 22.00 Uhr habe sie sich schlafen gelegt. Die kleinen Einkäufe erledige ihr Ehemann, die grossen Einkäufe ihr Sohn (Urk. 21/83/67). Die Ärzte des H. ____ berichteten nach dem aktuellen Rehabilitationsaufenthalt vom 11. Februar bis 9. März 2016 von einer nicht sehr kooperativen Beschwerdeführerin, in dem Sinne, als sie das Anwenden der während des Aufenthalts erlernten Strategien beziehungsweise Methoden zur Schmerzbewältigung verneint, sich weiter auf ihre Schmerzen fokussiert und sich oft lange ins Zimmer zurückgezogen habe. Erst kurz vor Ende des Aufenthalts habe sie sich darauf eingelassen, an einem gemeinsamen Spaziergang teilzunehmen. Das Besprechen von Aktivitäten zu Hause und kleinen Veränderungen, die angenehme Momente fördern und die Beschwerdeführerin aus ihrer Isolation im Zimmer bringen könnten, sei auf die feste Überzeugung gestossen, dies gehe nicht wegen der Schmerzen und der Angst. Die Ärzte hielten demzufolge fest, die Beschwerdeführerin habe sich auf einige Therapien erschweren lassen können und am Gesamtbild habe sich daher wenig geändert (E. 3.3.4). Dabei wäre eine Verbesserung der Situation durchaus möglich gewesen, wovon zumindest kleine Erfolge während des Aufenthalts im H. ____ zeugen: Die Beschwerdeführerin konnte ihre Ausdauer in der Erlebnisgruppe von 20 auf 40 Minuten steigern. Die Lenkung der Aufmerksamkeit weg von ihren Problemen hin zur Natur ermöglichte es ihr, eine grössere Strecke zu spazieren. Die physiotherapeutischen

Bemühungen erzielten sodann eine Steigerung des Aktivitätsniveaus (E. 3.3.4). 4.1.2

Das in den vorstehenden Berichten von der Beschwerdeführerin gezeichnete Bild hinterlässt einen homogenen, gleichbleibenden Eindruck. Wenn Dr. B.____ in seinem Bericht vom 12. Januar 2016 auf einen Rückzug und eine Isolation der Beschwerdeführerin hinweist (E. 3.3.1), schildert er damit nichts Neues. Der soziale Rückzug in die Familie bestand bereits im Jahr 2007 [vgl. E. 4.1.1]). Dr. B.____ beschreibt im Vergleich zu seinen früheren Berichten vom 31. Juli 2007 (Urk. 21/21/23-25) und vom 16. März 2012 (Urk. 21/75) – auf welche im Rahmen der beiden gerichtlichen Beschwerdeverfahren beim hiesigen Gericht bereits eingegangen wurde (vgl. Urk. 21/59/17 f. und Urk. 21/107/11 f.) – sodann keine veränderten psychiatrischen Befunde. Inwiefern die Beschwerdeführerin seit Sommer 2015 depressiver geworden sein soll, lässt sich angesichts der von Dr. B.____ seit 2007 unverändert gestellten Diagnose einer mittel- bis schwergradigen depressiven Symptomatik nicht nachvollziehen. Vielmehr liegt eine andere Beurteilung eines unveränderten Gesundheitszustandes vor. In diesem Zusammenhang ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Darüber hinaus lässt sich mit dem im Bericht des H.____ vom 30. März 2016 erhobenen Befund (E. 3.3.4) keine mittel- bis schwergradige depressive Symptomatik begründen. Daran ändert auch der Bericht von Dr. B.____ vom 23. Dezember 2016 (Urk. 8/4), welchen die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren einreichte, nichts. 4.1.3

Nach dem Gesagten ist aus psychiatrischer Sicht keine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der rentenabweisenden Verfügung vom 3. September 2013 festzustellen. Damit bietet auch die mit Urteil vom 3. Juni 2015 neu ergangene Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den somatoformen Schmerzstörungen (BGE 141 V 281), welche gemäss Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2017 (BGE 143 V 418) grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen anzuwenden ist (E. 1.2.2), keinen Anlass, auf rechtskräftig gewordene Entscheide zurückzukommen. Dr. A.____ konnte keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen und beurteilte die von ihm diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung gemäss der da zumal geltenden Rechtsprechung

als überwindbar, worauf das hiesige Gericht im Urteil vom 24. Februar 2015 denn auch abstellte (vgl. Urk. 21/107/11 ff.). 4.2 4.2.1

In somatischer Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass Dr. Z.____ anlässlich der Begutachtung vom 21. Januar 2013 im Rahmen des letzten Neuanmeldungsverfahrens (Urk. 21/83/1) grosse Diskrepanzen zwischen der Beweglichkeit der Beschwerdeführerin bei der direkten Untersuchung und im abgelenkten Zustand feststellen konnte; die Untersuchung sei durch kraftvolle Gegenspannung und fehlende Compliance deutlich erschwert gewesen. Dr. Z.____ gelangte zum Schluss, die vorhandenen Befunde erklärten das Ausmass der Beschwerden nicht. Der Beschwerdeführerin sei eine adaptierte Tätigkeit zu 100 % zuzumuten (Urk. 21/83/76). Inkonsistenzen waren bereits bei der im Jahre 2007 vorgenommenen Begutachtung im Y.____ beobachtet worden: Im Gutachten vom 21. September 2007 war festgehalten worden, während der gesamten Untersuchung im Fachgebiet der Rheumatologie habe die Beschwerdeführerin teilweise sehr stark bewusst muskulär dagegen gespannt, wobei die Beweglichkeit bei unbewussten Bewegungen sehr viel grösser gewesen sei. Eine suffiziente körperliche Untersuchung sei aufgrund dieser völlig

fehlenden Kooperation der Beschwerdeführerin nicht möglich gewesen (Urk. 21/21/16). Bei der aktuellen Untersuchung in der F.____ vom 2. Dezember 2015 wurde wiederum eine generelle Diskrepanz zwischen den Untersuchungsbefunden und den vorgängig im Gespräch objektiv erfassten Befunden anhand des Bewegungsmusters und des Verhaltens festgestellt (Urk. 21/119/10). Die Ärzte der F.____ hielten deshalb in ihrer Beurteilung fest, die aktuelle klinische Untersuchung sei eingeschränkt beurteilbar. Die Waddell-Zeichen seien positiv und die Kooperation der Beschwerdeführerin sei insbesondere beim neurologischen Untersuchung

aufgrund aktiver Gegeninnervation eingeschränkt gewesen. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde der Beschwerdeführerin im Bericht der F.____ nicht attestiert (E. 3.3.3). 4.2.2

Es mag seit der letzten Begutachtung zu einer Zunahme der degenerativen Veränderungen im Wirbelsäulenbereich gekommen sein. Darauf deuten die Befunde (Urk. 21/113/3) der im November 2015 angefertigten Röntgenbilder hin, insbesondere die DISH (diffuse idiopathische skelettale Hyperostose) der BWS (Brustwirbelsäule), wobei es sich um eine nichtentzündliche Skeletterkrankung handelt, bei welcher es zu einer Ossifikation der Entesen und letztlich zu einer Versteifung der Wirbelsäule kommen kann. Allerdings lässt sich nicht feststellen, inwie weit dieser bildgebende Befund tatsächlich zu einer bereits klinisch feststellbaren Einschränkung der Beschwerdeführerin führt. Die Ärzte der F.____, welche wie Dr. C.____ (vgl. Urk. 21/113/3) eine Einschränkung der Beweglichkeit der BWS von mindestens 2/3 feststellen konnten, hielten dieses Ergebnis jedenfalls nicht für aussagekräftig («Wirbelsäulen-Beweglichkeit nicht konklusiv beurteilbar mit global bei der Untersuchung von HWS, BWS und LWS zu je mind. 2/3 eingeschränkter Beweglichkeit» [Urk. 21/119/10]). Da bei der Beschwerdeführerin bereits wiederholt klare Verdeutlichungstendenzen zu Tage getreten sind, kann von einer weiteren Untersuchung kein aussagekräftigeres Resultat erwartet werden. Dr. C.____ setzte sich weder mit dem Gutachten von Dr. Z.____ noch mit der Einschätzung der Ärzte der F.____ auseinander und legte nicht dar, inwiefern sich die bildgebend festgestellten degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule auf die bereits qualitativ eingeschränkte Arbeitsfähigkeit zusätzlich auswirken könnten. Es erhellt sich daher nicht, ob er die Einschätzung von Dr. Z.____ zur Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht teilt oder ob seine abweichende Beurteilung einzig im Zusammenhang mit veränderten bildgebenden Befunden steht. Im ersten Fall wäre seine Einschätzung nicht beachtlich, da sie im Wesentlichen auf einer anderen Beurteilung eines unveränderten Gesundheitszustandes beruhte. Im zweiten Fall wäre seine Einschätzung nicht überzeugend, da Dr. Z.____ in ihrer Beurteilung die Einschränkungen der Beschwerdeführerin bereits berücksichtigt hatte (angepasste leichte Tätigkeit) und sich eine zusätzliche quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70 % (Dr. C.____ attestierte der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 30 % in einer leichten angepassten Tätigkeit [E. 3.3.6]) einzig aufgrund der insgesamt kaum veränderten Befunde nicht rechtfertigen lässt. Dasselbe gilt auch, wenn aus somatischer Sicht mit den Gutachtern des Y.____ von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen würde (Urk. 21/59/19). Selbst bei Vornahme eines grosszügig bemessenen zusätzlichen leidensbedingten Abzuges von 10 % ergäbe sich noch kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, was die nachfolgende Einkommensberechnung (vgl. E. 4.3) zeigt. 4.2.3

Der mit Eingabe vom 12. Dezember 2017 (Urk. 23) eingereichte Bericht des E.____ (Urk. 24) datiert vom 4. Dezember 2017 und somit fast zehn Monate nach Verfügungserlass. Er ist daher im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht mehr zu

berücksichtigen (E. 1.5), zumal ebenfalls nicht ersichtlich ist, inwiefern sich die neuen bildgebenden Befunde (insbesondere im Bereich der HWS) klinisch tatsächlich niederschlagen. Bei der Untersuchung der Hüftgelenke hielt der untersuchende Orthopäde fest, die Beschwerdeführerin habe massiv gegengespannt mit Angabe von Schmerzen im Rücken und im Bein, ohne dass eine spezifische Läsion dies bedingen müsste. Die Beschwerdeführerin habe sich sodann in Bauchlage nicht untersuchen lassen wollen, weshalb der Status nicht komplett sei (Urk. 24 S. 7). Hinzu kommt, dass in Bezug auf die Einschätzung der Ärzte des E.____ ebenfalls der Erfahrungstat sache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Da die Ärzte des E.____ der Beschwerdeführerin bereits in früheren Berichten (vom 18. November 2013 [Urk. 21/106/3-7] und vom 9. September 2014 [Urk. 21/107/19-17], auf welche

im Urteil des hiesigen Gerichts vom 24. Februar 2015 eingegangen wurde [Urk. 21/107/13 f.] eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatten, ist von einer anderen Beurteilung eines unveränderten Gesundheitszustands auszugehen. 4.3 4.3.1

Im vom Bundesgericht bestätigten Urteil des hiesigen Gerichts vom 9. Juni 2010 wurde die Beschwerdeführerin als Teilzeiterwerbstätige mit einem Arbeitspensum von 70 % und einer Tätigkeit im Haushalt von 30 % qualifiziert. Diese Faktoren waren unbestritten geblieben (Urk. 21/59/19). Der vom Gericht vorgenommene Einkommensvergleich ergab einen massgeblichen Invaliditätsgrad von 11 % (Urk. 21/59/19 ff.). Von derselben Aufteilung des Erwerbs- und Haushaltsbereichs (70 % beziehungsweise 30 %) ist auch heute noch auszugehen, waren die vier in den Jahren 1977, 1979, 1981 und 1983 geborenen Kinder der Beschwerdeführerin doch bereits im Zeitpunkt der ersten rentenabweisenden Verfügung vom 22. Oktober 2008 volljährig und bereits ausgezogen (Urk. 21/21/9). Eine Statusänderung in dem Sinne, als die Beschwerdeführerin neu als Vollerwerbstätige zu qualifizieren wäre, erweist sich vor diesem Hintergrund als nicht angezeigt. Daran ändert auch der Hinweis im Bericht des E.____ vom 4. Dezember 2017, wonach die Gewichtung der Bereiche Erwerb und Haushalt falsch sei (Urk. 24 S. 5), nichts. Es gelangt daher die gemischte Methode zur Anwendung. Die Invalidität bestimmt sich demnach grundsätzlich dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Haushaltsbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addition der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditätsgraden ergibt (vgl. BGE 130 V 396 E. 3.3; vgl. auch die Berechnung im Urteil vom 9. Juni 2010 [Urk. 21/59]). An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die seit dem 1. Januar 2018 geltende neue Berechnungsmethode (Art. 27 bis IVV) noch nicht zur Anwendung gelangt (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 372). 4.3.2

Nach der erneuten Anmeldung zum Leistungsbezug vom 2. Februar 2016

könnte ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin frühestens im Jahr 2016 entstehen. Es ist daher ein Einkommensvergleich für das Jahr 2016 vorzunehmen. Das hiesige Gericht errechnete im Urteil vom 9. Juni 2010 für das Jahr 2006 ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 28'000.-- bei einer 70%igen Erwerbstätigkeit, nahm aber aufgrund des unterdurchschnittlichen Lohns eine Parallelisierung vor (Urk. 21/59/20 f.). Es rechtfertigt sich daher, beim aktuellen Einkommensvergleich sowohl zur Bemessung des Validen- als auch des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung heran zuziehen. Wird zur Bemessung des Valideneinkommens

grosszügigerweise wie bei der Bemessung des Invalideneinkommens auf dieselben Parameter, nämlich das standardisierte monatliche Einkommen für weibliche Hilfskräfte von Fr. 4'300.-- ab gestellt (TOTAL in der Tabelle TA1 der LSE 2016, Frauen), kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Unter der Annahme einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich (vgl. das Urteil des hiesigen Gerichts vom 9. Juni 2010 [Urk. 21/59]) sowie eines zusätzlichen leidensbedingten Abzugs von 10 % ergibt sich (ausgehend von einer 100%igen Erwerbstätigkeit) eine Einschränkung im Erwerbsbereich der Beschwerdeführerin von 72 % (80 % - [10 % von 80 %]). Ausgehend von einer 70 %igen Arbeitsfähigkeit im Gesundheitsfall resultiert damit noch immer keine Einschränkung im Erwerbsbereich. Im Haushaltsbereich mit der Möglichkeit der freien Zeiteinteilung ist von einer unveränderten 38%igen Einschränkung auszugehen, was im Urteil des hiesigen Gerichts vom 9. Juni 2010 als äusserst grosszügig bemessen qualifiziert wurde (Urk. 21/59/19). 4.3.3

Da sich der Gesundheitsschaden noch immer bloss im Haushaltsbereich auswirkt, ergibt sich unverändert ein massgeblicher Invaliditätsgrad von insgesamt (gerundet) 11 % (30 % x 38 %). 4.4

Nach dem Gesagten ist keine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse ausgewiesen. Weitere Abklärungen sind nicht vorzunehmen, und eine Verletzung von Verfahrensgrundsätzen durch die Beschwerdegegnerin ist nicht erkennbar. 5.

Damit 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Philip Stolkin - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 23 und Urk. 24 - 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 HurstMuraro

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).

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